COUNTWAY LIBRARY
HC 4Q18 P

24. D. 273

Über Tussis uterina

und

Neurosen bei gynäkologischen Erkrankungen überhaupt.

Von

Dr. Paul Profanter

in Franzensbad.

WIEN.

VERLAG VON JOSEF ŠAFÁŘ.

1894.

Alle Rechte vorbehalten.

Frauen, die an chronischen Affectionen des Genitalsystems leiden, zeigen sehr häufig, ausser den localen Veränderungen und Krankheitserscheinungen der in die Beckenhöhle eingelagerten Organe, durch die bimanuelle Untersuchung nachweisbar, sehr verschiedenartige Symptome von Seiten der Nachbarorgane und zahlreiche Störungen von Seiten des sympathischen und cerebrospinalen Nervensystemes, die häufig in weit entlegenen Bahnen, als Neurosen und Neuralgien auftretend, für die Kranke oft peinlicher werden als die ursprünglichen Genitalaffectionen, von denen sie ausgehen.

Chronische Metritis, narbig verheilte Cervicalrisse, chronische Oophoritis, namentlich hochgradige kleincystische Follicularentartung mit Stromadegeneration, durch chronische paraperimetritische Processe bedingte und stabil gewordene Lageveränderungen des Uterus, dislocirte und fixirte Ovarien, Verklebung der Tuben und einzelner Darmschlingen, alte abgelaufene circumscripte Entzündungen des Beckenperitoneums, Paracystitis und Paraproctitis gleichzeitig einhergehend mit Verklebung und folgender Verziehung der Blase, resp. des Darmes, Reste von Entzündung, die den Ureter verlagern, mehr oder weniger umfangreiche Residuen alter abgelaufener Processe in den Parametrien in ihrer Spätform, endlich jene unter dem Namen Parametritis chronica athrophicans diffusa von W. A. Freund beschriebene chronische Entzündungsform des Beckenbindegewebes, zu der jedenfalls als Theil hinzugehörig, die von B. S. Schultze beschriebene Parametritis posterior athrophicans zu rechnen ist, endlich alle die schmerzhaften Punkte und Partien der Beckenfascien, sowie der Beckenmuskeln, namentlich dort, wo Nerven und Gefässe aus dem Becken austreten, und endlich chronische Entzündungen des den Knochen aufgelagerten subperitonealen Gewebes; das sind im Grossen und Ganzen Erkrankungen im Becken des Weibes, die am häufigsten den Ausgangspunkt der verschiedenartigsten und mannigfaltigsten nervösen Reflexerscheinungen und Störungen bilden.

Einen grossen Theil dieser in zahlreichen Formen und Variationen auftretenden Sensationen, Neurosen und Neuralgien müssen wir als Reflexerscheinungen auffassen bei gleichzeitigem Vorhandensein von Genitalerkrankungen, denn die anatomischen Verhältnisse, der pathologische Befund und die klinische Beobachtung bestätigt den causalen Zusammenhang dieser verschiedenartig auftretenden Störungen in sympathischen und cerebrospinalen Nervenbahnen als direct abhängig und gebunden an Erkrankungen im weiblichen Becken, und die Thatsache, dass selbe durch Reize auf die irritablen und entzündeten Partien im Becken direct ausgelöst werden können und mit der Heilung der Localerkrankung verschwinden, berechtigt uns zu dieser Annahme.

Es soll daher nur von Reflexneurosen die Rede sein, bei denen das bestehende gynäkologische Leiden die unmittelbare Ursache ihres Auftretens ist, u. zw. in der Weise bestimmt nachweisbar, dass ohne das Vorhandensein desselben ihr Entstehen nicht eintreten würde. Nicht hieher zu rechnen sind also Erscheinungen rein hysterischer Natur, selbständige Erkrankungen des Lendenmarkes ohne nachweisbare gleichzeitige Genitalaffection, endlich selbständige Erkrankungen des Nervensystems.

Störungen in Form von Reflexerscheinungen treten theils noch im Bereiche des Beckens auf in Form von Schmerzen bei Entleerung der Blase, oder in Form eines äusserst schmerzhaften Tenesmus mit sehr häufigem Drang zum Uriniren. Man beobachtet ferner eine eigenthümliche, sehr schmerzhafte Form von Krampf nach Entleerung der Fäces, den die Kranken meist in die oberen Partien des Rectums verlegen und aus Furcht vor diesem, fast regelmässig nach jeder Stuhlentleerung eintretenden Schmerz die Stuhlentleerung beflissentlich hintanhalten und dadurch die meist ohnehin schon bestehende Obstipation mit nothwendig gleichzeitig einhergehender venösen Stase der gesammten Beckenorgane vermehren.

Ferner gehören hieher die fliegenden Schmerzen und Stiche, wie sich die Kranken ausdrücken, in den Hüften und im Bereiche des Os sacrums. Solche Kranke bleiben zuweilen während des Gehens plötzlich stehen und nehmen eine ganz eigenthümliche Stellung ein, indem sie den Rumpf drehen und sich gleichzeitig entweder nach hinten über oder nach vorne beugen, und zugleich mit der Hand oft mit aller Kraft auf die Stelle der Schmerzhaftigkeit direct drücken, indem sie behaupten, dadurch den Schmerz besser ertragen oder ihn oft sogar coupiren zu können.

Erwähnenswert scheint mir auch der Umstand, dass Frauen, mit ausstrahlenden Schmerzen im Kreuze, häufig sich durch starkes

Schnüren helfen; so paradox das auch scheint, so kann seine Wirkung doch in der Weise verstanden werden, dass die Kranke einerseits die Muskelspannung in den Rückenstreckern vermeiden, andererseits dadurch eine Hemmung in der Auslösung der Neurose durch Druck geschaffen wird, indem durch die Compression die Nerven der betheiligten Organe für einige Zeit ausser Thätigkeit gesetzt werden und durch diese Manipulation eine theilweise Unterdrückung der Neurose bedingt ist.

Hieher gehört zweifellos auch die von Charcot angegebene und geübte Manipulation der Hemmung und Hervorrufung der Ovarie. Zuerst wurde das häufige Vorkommen von Schmerzen in der unteren Bauchgegend an nachweisbaren Druckstellen, sowie auch Schmerzen in den Hüften beobachtet und beschrieben von älteren Autoren (Piorry 1837, Schützenberger 1856 und Negrier 1858). In besonderer Weise jedoch wurde die Aufmerksamkeit der Ärzte erst durch Charcot auf diesen Symptomencomplex gelenkt, den er mit dem Namen Ovarie bezeichnet.

Charcot hat in seinen klinischen Vorträgen (11. Vorlesung) in eingehender Weise über diesen Ovarialschmerz gesprochen. Um den genauen Sitz des Ovarialschmerzes zu ermitteln, hat man nach Charcot in folgender Weise vorzugehen:

„Fällen Sie auf eine Horizontale, welche die vorderen oberen Darmbeinstachel verbindet, die Verticalen, welche die seitlichen Grenzen des Epigastriums bilden, so findet man am Schnittpunkt der Verticalen mit der Horizontallinie den schmerzhaften Herd, wie ihn die Kranken bezeichnen und wie ihn ferner der Fingerdruck deutlich zum Vorschein bringt. Dringt man hier mit den Fingern in die Tiefe, so fühlt man leicht die Linie des Beckeneinganges, welche einen nach innen concaven Bogen bildet; dieser bildet einen sicheren Anhaltspunkt. Gegen die mittlere Partie dieses starren Kammes findet die Hand gewöhnlich einen ovoiden, der Quere nach gestellten Körper, welcher unter den Fingern weggleitet, wenn man ihn gegen die knöcherne Wand andrückt. Ist dieser Körper geschwellt, wie es häufig der Fall ist, so kann er das Volumen einer Olive, eines kleinen Eies erreichen, aber man kann ihn schon bei geringer Übung leicht nachweisen, auch wenn er diese Dimension weitaus nicht erreicht. Der fragliche Schmerz stellt sich besonders bei dieser Explorationsmethode, und zwar geradezu mit specifischen Eigenschaften ein. Es handelt sich hier nicht um einen alltäglichen Schmerz, hier liegt vielmehr eine complicirte Gefühlswahrnehmung vor, welche zu den Erscheinungen einer mehr oder weniger vollständig entwickelten

„Aura hysterica“ führt, wie man sie spontan bei Herannahen von Krisen beobachtet; ist diese Sensation einmal hervorgerufen, so fühlen die Kranken, dass es dieselbe ist, die sie schon hundertmale gefühlt haben.“ Gleichzeitig, bemerkt Charcot, kommt es zu schmerzhaften Irradiationen im Epigastrium. (Erste Phase der Aura.) Wird der Druck weiter fortgesetzt, so stellen sich Herzpalpitationen ein, ebenso Globus am Halse, ferners Ohrensausen, Gesichtsumnebelung, und schliesslich, hält der Druck länger an, treten „hysterische Krämpfe“ auf. Wird dieser Druck enorm gesteigert, so wird der sogenannte „hysterische Anfall“ in seiner Weiterentwickelung gehemmt, und wenn er schon vollständig zum Ausbruch gekommen ist, geradezu coupirt. (Charcot.)

Untersuchungen über Ovarie haben Kyri[1]) zu folgenden Schlüssen geführt: „Charcot bezeichnete genau die Stelle an der Bauchdecke, deren Hyperästhesie, bei Druck, in irgend einem Connex mit dem Ovarium, beziehungsweise mit der „hysterischen Aura“ stehen soll. In dem Heer der nervösen Störungen bei Ovarialkrankheiten findet man auch häufig von den Gynäkologen die „in die Lendengegend“, „Nierengegend“, und in die „vordere Schenkelgegend“ ausstrahlenden Schmerzen erwähnt.

Prüfte ich nun bei Ovarialhyperästhesie die Regio hypogastrica und iliaca auf ihre Empfindlichkeit, so fand ich immer bestimmte Stellen am empfindlichsten.

Ich untersuchte diese Stellen mit dem faradischen Strom und fand, dass sie den motorischen Punkten der drei Bauchwandmuskeln entsprechen. Es sind also Druckschmerzpunkte.

Noch andere Stellen sind bei Ovarialhyperästhesie empfindlich, entsprechend den Durchbruchstellen des Nervus cutaneus femoris externus und hinten der Nervi clunium superiores.

Anatomisch entspringen diese Hautäste aus den Wurzeln des 12. Intercostalnerven und des 1. und 2. Lendennerven.

Die Spinalganglien ihrer sensiblen Wurzeln stehen durch die Rami communicantes mit dem 12. Ganglion des Bruststranges, resp. mit dem 1. und 2. Ganglion des Lendenstranges in Verbindung.

Die aus diesen Ganglien entspringenden peripheren Äste stehen weiter mit dem Ganglion renale secundum, respective mit dem Ganglion spermaticum supremum in Verbindung.

---

[1]) Beziehungen des cerebrospinalen Nervensystems zu den Functionen und Erkrankungen der Geschlechtsorgane und insbesondere die Beziehungen des Sympathicus zu dem Gesammtnervensystem. (Verh. d. deutsch. Ges. f. Gynäkol. 1893.)

Aus diesen Ganglien aber entspringen die Ovarialnerven, die relativ reinsten sympathischen Nerven der vegetativen Organe."

Es ist somit ein gesetzmässiger Zusammenhang zwischen dem gesammten sympathischen Nervensystem und dem spinalen gegeben, die Ovarie ist also auch nur eine Theilerscheinung dieser Beziehungen.

Desgleichen haben auch alle anderen „hysterogenen" Zonen denselben directen Zusammenhang, wie wir später sehen werden, und die Entstehung nervöser Störungen nicht hysterischer Natur lässt sich dadurch auch deuten und erklären.

Erwähnenswert ist ferner die von Simpson und Scanzoni beschriebene Empfindlichkeit der Kreuz-Steissbein-Verbindungen, unter dem Namen Coccygodynie bekannt. Es klagen ferner genitalkranke Frauen häufig über plötzliche Stiche in der Vagina.

Weiters kommen in Betracht bei Genitalerkrankung die Symptome von Reflexerscheinungen in weiter gelegenen Partien des Körpers: Rückenschmerzen an den verschiedensten Stellen, Schmerzen in der Schulter, sehr häufig links, Schmerzen in den Armen, Intercostalneuralgien. Häufig hört man die Klage über Schmerzen in der Leistengegend und über ausstrahlende Schmerzen in den unteren Extremitäten, mit oder ohne Lähmungserscheinungen einhergehend, bedingt in den meisten Fällen durch directe Zerrung oder Druck auf Nervenstämme des Plexus sacralis. Andererseits sind diese Erscheinungen direct nachweisbar als im Zusammenhang und unmittelbaren Abhängigkeitsverhältnis stehend zu den entzündeten oder chronisch afficirten und verlagerten Beckenorganen.

Derartige Krankheitserscheinungen sind in diagnostischer Hinsicht wichtig; denn häufig wird dieses Übel als Ischias erklärt und behandelt. Ich hatte Gelegenheit, einen exquisiten derartigen Fall zu beobachten, in welchem eine Kranke durch Jahre hindurch an einer angeblichen Ischias litt und alle Behandlungsarten nutzlos durchmachte, bis ihr schliesslich, zu ihrem eigenen grossen Erstaunen, gerathen wurde, sich einer gynäkologischen Untersuchung zu unterziehen. Die Patientin wurde, nachdem sich ein veraltetes Genitalleiden herausstellte, behufs Massagebehandlung mir überwiesen. Es fand sich eine linksseitige Perioophoritis mit Dislocation des betreffenden Ovariums; allein die Reflexneurose im kranken linken Beine konnte durch Berührung des Ovariums und seiner Umgebung nicht ausgelöst werden. Erst die Austastung der ganzen linksseitigen Beckenhälfte ergab den Sitz der Erkrankung.

An der Stelle, wo der Nervus ischiadicus vom Musculus pyriformis überbrückt, durch das Foramen ischiadicum majus schräg nach unten zum Gesässe zieht, fanden sich chronisch entzündliche Auf-

lagerungen theils weicher, gelatinöser Consistenz, auf Druck verschwindend, confluirend und sich wieder sammelnd, andererseits circumscripte Stellen mehr oder weniger harter Consistenz, wie Neurome sich anfühlend, von ganz enormer Druckschmerzhaftigkeit und durch deren selbst leiseste Berührung man jedesmal im Stande war, den Schmerzanfall im Beine prompt auszulösen. Die Patientin hielt das Bein leicht flectirt, hinkte und trat beim Gehen nur mit der Fusspitze des linken Fusses auf. Eines analogen Falles erwähnt Küstner.[1])

Ein ganz eigenthümliches Verhalten zeigen die meisten dieser Kranken mit Reflexerscheinungen in den Beinen und im Rücken, bei gleichzeitigen Erkrankungen der Unterleibsorgane, Patienten mit Symptomen des Lendenmarks im allgemeinen während des Schlafes, resp. in welcher Stellung sie einzuschlafen suchen. Sie wählen oft ganz eigenthümliche Stellungen und behaupten, nur in dieser Stellung einschlafen und schmerzfrei längere Zeit verharren zu können. Sie helfen sich durch die sonderbarsten Hilfsmittel, sehr harte Kissen u. dgl., nach, um diese, ihnen nach ihrer Aussage allein wohlthuende, oft ganz eigenthümliche Position, die ihnen allein Ruhe schafft, zu bewerkstelligen. Ich habe Patienten gekannt, die behaupteten, regelmässig aufzuwachen infolge Eintretens der betreffenden Schmerzgefühle, dadurch bedingt, dass sie während des Schlafes ihre vorher eigens eingenommene Position unwillkürlich geändert haben. Bewahrheitet wird diese oft sonderbar scheinende Angabe der Patienten durch die mit der fortschreitenden Besserung des Localleidens einhergehende Möglichkeit, nach und nach wieder in der alten, früheren, vor dem Auftreten der bestehenden Genitalerkrankung gewohnten geraden Rückenlage mit gestreckten Beinen schmerzlos zu liegen.

Bekannt ist ferner die uterine Dyspepsie. Zugleich besteht bitteres Aufstossen, Völlegefühl im Magen, häufiger Singultus. Diese uterine Dyspepsie ist eine sehr häufige Erscheinung unterleibskranker Frauen und oft beschrieben und erwähnt. Das Übersehen der gynäkologischen Erkrankung als directe Ursache dieser Functionsstörung auf die Digestion führt häufig zu diagnostischen Irrthümern. G. Braun[2]) und Imlach[3]) haben Fälle uteriner Dyspepsien veröffentlicht, und Bouchard und Legendre haben, anschliessend an dieses Symptom uterinen Reflexes, eine consecutive Magenerweiterung beschrieben.

[1]) Küstner, Grundzüge der Gynäkologie. 1893, pag. 110.
[2]) G. Braun, Wiener med. Wochenschrift. 41—42, 1886.
[3]) Imlach, On uterine dysp. (British gyn. jurnal, Februar 1887.)

Eine andere höchst sonderbare Reflexerscheinung, den Digestionstract betreffend, abhängig und ausgehend von uterinen Leiden, äussert sich durch chronische Verstopfung, in anderen Fällen wiederum in Form von Durchfällen. Solche Reflexerscheinungen hat Odebrecht[1]) beschrieben und den Nachweis des Zusammenhanges derselben mit bestehenden Genitalleiden erbracht. Ein anderes bekanntes, den Frauen sehr unangenehmes Symptom ist die Tympanitis, deren genaue Beobachtung in Betreff ihres Auftretens fast regelmässig die Abhängigkeit dieser Erscheinung mit der Ovulation klarlegt.

Erwähnenswert sind ferner Neuralgien im Bereiche des Trigeminus, periodisch auftretende Migräne, der Clavus und Globus, insoweit sie bei nachgewiesenem Uterinleiden mit den Menstruationsvorgängen in causalen Zusammenhang zu bringen sind. Ebenfalls zu erwähnen sind noch, aber gewiss in beschränktem Masse hiehergehörig, die Fälle schwerer nervöser Störungen, die Chorea, Epilepsie etc., sowie tiefgreifende trophische Störungen. Selbe von bestehenden Affectionen der weiblichen Genitalorgane in jedem Falle allein abhängig zu machen und als rein reflectorische aufzufassen, sind wir aber durchaus nicht berechtigt.

Es sind das vielleicht oder wahrscheinlich selbständig einhergehende Erkrankungen des Nervensystems bei gleichzeitigen Genitalerkrankungen der Frauen. Sie können sich, anschliessend an eine Localerkrankung bei schon bestehendem krankhaften Nervensystem, selbständiger für sich entwickelt haben oder in einem mehr oder weniger directen Zusammenhang mit dem vorhandenen Genitalleiden stehen. Der directe Zusammenhang solcher schwerer nervöser Störungen mit einer vorhandenen Affection der Genitalorgane scheint an einigen derartigen Fällen erwiesen, und zwar dadurch, dass die Heilung der gynäkologischen Erkrankung auch jene des Nervensystems mit sich brachte.

Es sind ja Fälle bekannt, dass nach Entfernung krankhafter Adnexa schwere Nervenstörungen dieser Art vollständig aufgehört haben bei Patienten, die direct dem Irrenhause entnommen wurden. (Schauta, Makenrodt.)

Im Anschlusse an diese theilweise Aufzählung der häufigsten Reflexerscheinungen, die bei gleichzeitigem Bestehen gynäkologischer Erkrankungen auftreten können und deren directer Zusammenhang die klinische Beobachtung zahlreicher Autoren bewiesen hat, komme ich auf das eigentliche Thema vorliegender Arbeit zu sprechen, auf das Auftreten der Reflexneurosen von Seite der Respirationsorgane.

[1]) Odebrecht, Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Stuttgart 1889.

Indem ich nur dem Namen nach die Anfälle von reflectorischem Asthma uterinum,[1]) den uterinen Schnupfen (Peyer) und endlich das hysterische Schnauben (Reniflement hystérique Pitres) erwähne, will ich die Aufmerksamkeit speciell auf das Auftreten eines eigenthümlichen Hustens lenken, der abhängig von Vorgängen theils physiologischer Natur im weiblichen Organismus (Menstruation und Gravidität), theils im Anschluss an chronisch entzündliche Alterationen der weiblichen Beckenorgane auftritt und unter dem Namen uteriner Husten zuerst von Aran beschrieben wurde.

Diese Reflexneurose des Respirationstractes verdient eine besondere Aufmerksamkeit, da ihr Auftreten eine Quelle ernsterer Befürchtungen sowohl für die Kranke als ihre Umgebung bildet und zu diagnostischen Irrthümern von Seite des Arztes führen kann und die Prognose von dem Sitze der ursächlichen Erkrankung abhängt.

Alle diese mannigfachen Symptome der in verschiedensten Formen sich äussernden Sensationen, Neurosen und Neuralgien, d. h. Krankheitserscheinungen durch Vermittlung der Nervenbahnen hervorgerufen, bestimmt nachweisbar, abhängig und in directem Zusammenhang mit bestehenden, genau diagnosticirten gynäkologischen Erkrankungen und mit der Besserung, resp. Heilung der Localerkrankung verschwindend, müssen wir, obgleich in manchen Fällen schwer verständlich und erklärbar, als Reflexerscheinungen deuten.

Alle diese Krankheitsbilder nervöser Störungen fasst der Collectivbegriff der „Hysterie". Sie umfassen, wie Courty sich äussert, „alle Formen der Hysterie, nicht weil sie selbst zur Hysterie gehören, welche (zwar selten) gleichzeitig vorhanden sein kann, sondern weil bei der Frau die Alterationen im Bereiche des Nervensystems, speciell die vom Uterus ausgehenden Reflexerscheinungen meistens diesen Charakter annehmen."

Die alte Bezeichnung Hysteria oder die Passio hysterica, Morbus hystericus, Malum hystericum der alten Ärzte ist dann in diesen Fällen auch das richtig bezeichnende Wort für einen grossen Theil nervöser Krankheitserscheinungen bei gleichzeitig bestehenden gynäkologischen Erkrankungen, von denen sie nachweisbar ausgehen, denn es sind dann thatsächlich die Störungen und Alterationen im Bereiche des Unterleibes, der Hystera und ihrer Adnexa, die diese Erscheinungen erzeugen.

[1]) Grünwald, Petersburger med. Zeitschrift. 1875.

Ziemlich allgemein bekannt, aber sehr wenig beschrieben und dann in der Mehrzahl fast ausschliesslich nur von französischen Autoren, findet sich eine Reflexneurose des Respirationstractus, abhängig und ausgelöst einerseits durch rein physiologische Vorgänge im weiblichen Organismus, Ovulution und Gravidität, andererseits durch Reize auf chronische Krankheitsprocesse der Beckenorgane bedingt.

Diese Reflexneurose besteht in einem charakteristischen, eigenthümlichen Auftreten von Hustenanfällen.

Von alten Autoren, so von Astruc 1761 und von Vignarous 1801 erwähnt, in den Alpenländern unter dem bezeichnenden Namen „Mutterhusten" den Laien bekannt, wurde diese Reflexneurose zuerst von Aran[1]) genauer beobachtet, beschrieben und mit dem Namen „Toux utérine" bezeichnet.

„Dieser bei gynäkologisch Kranken auftretende Husten, berichtet Aran, den ich uterinen Husten benennen möchte, ist eine den anderen Reflexneurosen gegenüber weniger häufige Erscheinung und verdient die Aufmerksamkeit des Arztes besonders auf sich zu lenken, nicht deshalb, weil er schmerzhaft für die Kranke ist, sondern weil er zugleich mit Allgemeinerscheinungen, Abmagerung, Kräftenachlass einhergehend, die falsche Annahme einer beginnenden Lungenaffection vortäuschen kann. Dieser Husten ist umsomehr täuschend, als er ein kurzer, trockener Husten ist, bald nur zeitweise auftretend, bald in kurzen Intervallen nacheinander sich einstellt. Zuweilen hat er einen metallischen Beiklang und ist sowohl für die Kranke als ihre Umgebung ungemein lästig."

Erwähnt von Nonat als Toux nerveuse, ist er näher von Courty beschrieben worden, der einen Unterschied zwischen uterinem und hysterischem Husten (Sydenham) macht.

---

[1]) Aran, Leçons cliniques sur les maladies de l'uterus. 1858.

„Der uterine Husten ist sehr häufig eine Begleiterscheinung allgemeiner Ernährungsstörungen. Unter allen diesen nervösen Erscheinungen allgemein herabgekommener Individuen verdient er am meisten die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich zu lenken.

Es handelt sich hier um Feststellung der Diagnose, ob dieser Husten direct abhängig und im Causalconnex mit Genitalaffectionen ist, oder ob er die Anzeichen einer beginnenden Lungenaffection darstellt. Denn Prognose und Therapie sind davon abhängig. Es sind die Athmungsorgane sorgfältig zu untersuchen, die Art der Respiration, ein Vorhandensein leichter Temperaturschwankungen mit abendlicher charakteristischer Steigerung genau zu controliren, und erst dann, bei Ausschluss jedes Anhaltspunktes für beginnende Tuberculose, ist an einen Zusammenhang mit dem vorhandenen Genitalleiden zu denken und das Bestehen einer Reflexneurose anzunehmen.“

Martineau äussert sich in seinem Werke „Les maladies de femmes“ über diesen Gegenstand folgend: „Ist das Erscheinen dieses kurzen, stossweise auftretenden trockenen Hustens, der durch seine gleichförmige Sonorität und Hartnäckigkeit ausgezeichnet ist und von Aran unter dem Namen „Toux utérine“ beschrieben wurde und nachher von vielen Beobachtern erwähnt wird, nicht eine Reflexneurose, bedingt durch einen Krampfzustand der Muskeln des Larynx und des Diaphragmas?“

Bemerkenswert ist bei diesem Autor namentlich die Angabe, dass die Häufigkeit und Intensität dieser Hustenanfälle sich bei herannahenden Menses steigert und sein Verschwinden mit der Heilung des gynäkologischen Localleidens zusammenfällt.

Müller[1]) hat über diesen Gegenstand in einer Monographie ausführlicher berichtet und Beobachtungen constatirter Fälle von uterinem Husten zusammengestellt und weitere Fälle eigener Beobachtung mitgetheilt.

Ausser dem Auftreten dieser Reflexerscheinung des Respirationstractus, immer gebunden und ausgelöst durch Alterationen der weiblichen Geschlechtsorgane, durch den physiologischen Vorgang der beginnenden und fortschreitenden Gravidität einerseits, andererseits durch das Bestehen von chronischen pathologischen Processen im weiblichen Becken, als Metritis, Peri- und Oophoritis, mobile oder fixe Lageveränderungen von Uterus und Ovarien, oder durch narbige Degeneration der Beckenbindegewebe etc. etc. bedingt, berichtet Müller über das gewiss seltene Vorkommen und Auftreten derselben Er-

[1]) Müller, De la toux utérine. Paris 1887.

scheinungen als directe Begleiterinnen der normalen Menstruation. Ich habe die Angabe, dieses vereinzelt und gewiss höchst selten vorkommenden Erscheinens des uterinen Hustens bei normalen Genitalorganen durch Eintritt einer normalen Menstruation hervorgerufen, allein bei diesem Autor berichtet gefunden.

Immerhin per analogiam erklärbar, dass bei normaler Schwangerschaft, ohne dass man pathologische Veränderungen nachweisen kann, dieses Phänomen ebenfalls auftreten kann, so möchte ich mich doch nicht des Verdachtes erwehren, dass es sich in diesen Fällen um vielleicht auch geringere oder der Untersuchung nicht leicht zugänglichere, aber dennoch bestehende Alterationen, vielleicht auch nur der Uterus mucosa gehandelt habe.

Die Erscheinungen, dass bei normalen Menses die Stimmorgane sehr häufig alterirt werden, sind ziemlich häufig und bekannt. Jedenfalls gehört hieher und verdient erwähnt zu werden eine Beobachtung von Leonard.[1])

Es verändert sich nach Angabe dieses Autors die Stimme der Sängerinnen bei Erkrankung des Uterus, und zwar nicht nur, wenn solche selbständig auftreten, sondern auch wenn selbe mit einer Eierstockserkrankung complicirt sind. Ebenso beobachtet man Fälle, bei welchen nach geheilten Uterus- und Adnexerkrankungen die verloren gegangene Stimme wiederkehrt. Ebenso beobachtete Leonard bei zwei Patienten jedesmal Auftreten von Stimmritzenkrampf bei jedem ärztlichen Eingriff. Allgemein bekannt ist, dass Menstruirende während dieser Epoche nicht wohlklingende Singstimmen haben. Schon Hegar und Strübing, schliesst dieser Autor, haben aufmerksam gemacht auf die Möglichkeit, Husten vom Uterus und von den Eierstöcken aus zu erregen.

Auch die Beobachtungen von Champonière (Journal de Médecine 1888) müssen hier erwähnt werden. Nach Champonière tritt gerade nur nach Operationen am Uterus und an den Ovarien, bei anderen Laparotomien niemals bei vollständiger Fieberlosigkeit ein krampfhafter Husten auf, und zwar in Form eines Reflexhustens, zu dem sich in sehr schweren Fällen unstillbares Erbrechen hinzugesellt. Der Husten dauert wenige Tage, oft mehrere Wochen an.

Ich habe seit Jahren dieses eigenthümliche Symptom des Auftretens von Reflexhusten bei chronisch gynäkologisch Kranken verfolgt. Er tritt äusserst selten selbständig und allein als distincte Reflexneurose auf, sondern meist im Gefolge anderer der vielen Störungen

[1]) Med. record. 1892. Juni 18.

im sympathischen und cerebrospinalen Nervensystem. Die Fälle, dass Patienten bei genauerer Anamnese sich besonders oder allein über dieses ihnen so lästige Symptom beklagen, sind äusserst selten.

Erst die eingehendere länger dauernde Beobachtung führt oft den Arzt zur Wahrnehmung dieser Reflexerscheinung. Die erste Consultation, das mündliche Examen allein ist oft im Stande, diesen Reflex auszulösen, bedingt durch die moralische Emotion, ähnlich dem Auftreten von Herzpalpitationen bei besonders nervös-reizbaren Kranken. Man muss annehmen, dass diese Kranken mehr impressionabel in Bezug auf ihr Nervensystem sind, indem sie entweder hereditär belastet einen hohen Grad von neuropathischer Disposition haben und dadurch ein selbst durch die leisesten Eindrücke von aussen (Freude, Schmerz) leicht irritables Nervensystem besitzen, oder dass dasselbe infolge der Krankheit und der consecutiven allgemeinen Herabgekommenheit und allgemeiner Anämie eine derartige geringe Resistenzfähigkeit besitzt, dass alle Eindrücke von aussen die am mindesten resistenzfähigen oder degenerirten Nervenbahnen treffen, reizen und Neurosen dadurch auftreten können.

Es sind das also meistens herabgekommene, trotz jugendlichen Alters dem Siechthum oft frühzeitig verfallene Frauen, deren jahrelang bestehende Genitalerkrankung den gesammten Gesundheitszustand arg geschädigt und alterirt hat und ihnen den Ausdruck einer äusserst Chloroanämischen verleiht, mit den abgespannten, leidenden Gesichtszügen der welken, oft erdfahlen Gesichtsfarbe, umränderten Augen, stark hervortretender Nasolabialfalte, kurz Frauen, die das charakteristische Bild der Facies uterina darbieten.

Frägt man derartige Patienten, ob sie schon lange und häufig an diesem oberflächlichen Husten leiden, so begegnet man meistens einem misstrauischen Blick, denn die Patientin, sich ihres elenden Aussehens und der allgemeinen Herabgekommenheit bewusst, argwöhnt die Vermuthung von Seite des Arztes, dass er an eine nicht misszudeutende Lungenaffection der Kranken denke, denn erst in letzter Zeit hat sich dieser ominöse Husten eingestellt und die Patientin selbst, sowie ihre Umgebung haben sich vielleicht schon die Frage aufgeworfen, ob es sich hier nicht um ein langsames Entwickeln eines tuberculösen Processes der Brustorgane handle, eben in Berücksichtigung des elenden Aussehens und des jetzigen Zustandes des Gesammtorganismus im Vergleiche zu früher.

Die Antwort intelligenterer Kranken ist meist die, dass der Husten, der auf sie und die Umgebung so peinlich wirke, erst in letzterer Zeit, nicht im Beginne der Krankheit aufgetreten sei. Andere

Patienten wiederum machen sein Auftreten direct abhängig und bringen es in Verbindung mit Schmerzexacerbationen im Unterleibe; jedesmal, wenn die Localerkrankung, durch irgend eine Ursache gereizt, sich schmerzhafter gestalte, träte dieses Symptom häufiger auf. Wieder andere sich genauer beobachtende Patienten bringen die gehäuften Anfälle dieses Hustens direct in Zusammenhang mit der Menstruation.

Entweder tritt dieses Symptom besonders kurz vor der Menstruation ein, andere wieder leiden am meisten bis zu der Zeit der beginnenden Blutung, andere werden während der ganzen Menstruationsdauer dadurch gequält, andere wieder verlegen die Hauptanfälle in die Zeit, die der Mitte zweier Menstruationen entspricht. Diese periodisch eintretenden Hustenanfälle genau um die Mitte der intramenstrualen Zeit kommen relativ selten vor. Sie gehen in der Mehrzahl der Fälle von Erkrankungen des Eierstockes aus und es liegt dann meistens eine Oophoritis oder Perioophoritis vor, oder man findet beide Erkrankungen zugleich, in manchen Fällen auch eine gleichzeitige Verdickung und Schwellung der betreffenden Tuba. Es scheint, dass die erhöhte Congestion einen gleichzeitigen constant wirkenden Reiz auf diese Organe ausübe und die Ausstossung des Inhaltes der geschwellten Graaf'schen Follikel in den krankhaft veränderten Organen eine Behinderung erfahre, und dass durch diesen Reiz diese typischen Reflexerscheinungen gerade in dieser Zeit auftreten. In anderen Fällen tritt anknüpfend an eine Untersuchung oder nach Berührung und Abtasten von Ovarien Dehnung von Narbengewebe in den geschrumpften Parametrien, bei Repositionsversuchen des Uterus etc. derselbe charakteristische Husten auf.

Die Formen dieses Reflexhustens sind verschieden; sie wechseln von einem Individuum zum andern, selbst die gleiche Kranke zeigt abweichende Formen. Im allgemeinen aber lässt er sich in folgender Weise charakterisiren:

Der Husten ist kurz, meistens oberflächlich, sowie die begleitende Inspiration und Exspiration ebenfalls oberflächlich und ruhig ist. Er ist ausnehmend trocken und wird kurz hervorgestossen; er hat zuweilen einen rauhen, oft heiseren Beiklang, oft klingt er wie verschleiert, in anderen Fällen leise ausklingend, endlich tritt er mit einem höchst unangenehmen, kreischenden Ton auf. Er hört sich an und lässt sich am besten vergleichen mit dem „hem“ der Engländer, und zwar kurz hervorgestossen.

Dieser Husten ist an und für sich nicht mit Schmerzhaftigkeit der Brust- und Kehlkopforgane verbunden, aber er ermüdet die Kranke

durch sein periodisch stossweises Auftreten und solche Kranke klagen dann über Ermüdung und Schmerzhaftigkeit der oberen Brustmuskeln und zuweilen sogar der Oberarmmusculatur. Entschieden unangenehmer und peinlicher wirkt er auf die Psyche der Kranken. Analog einem Anfalle von Singultus, sind diese Frauen dem ihnen oft höchst peinlichen und gegen ihren Willen sich auslösenden Hustenanfall gegenüber ihrer vollständigen Hilflosigkeit, ihn zu unterdrücken, bewusst.

Es wirkt somit das Erscheinen der Hustenanfälle oft schädlicher durch seine Depression auf die Psyche, als dass sein Vorkommen ein besonderes physisches Leiden schafft.

Ausser seinem störenden Auftreten und bei langer Dauer nothwendig folgender Ermüdung ist er selten von grossem, den Organismus arg schädigenden Einflusse, abgesehen davon, dass er vorhandene Schmerzen bei unterleibskranken Frauen steigert, analog den anderen Insulten, die die Unterleibsorgane durch die Bauchpresse bedingt treffen, wie z. B. Anfälle von Krampfhusten anderer Art oder Niesen etc., die ja ebenfalls diese schon vorhandenen Schmerzen im Leibe steigern.

In anderen Fällen kann er durch die gleiche Wirkung schädlich auf die bestehende Gravidität Einfluss nehmen und einen Abort eher ermöglichen. Schliesslich kann er bei bestehenden Hernien eine unangenehme Complication bilden.

In Bezug auf die Häufigkeit seines Auftretens einerseits, wie schon erwähnt, bedingt durch rein physiologische Vorgänge, andererseits von in chronischem Reizzustand befindlichen Organen und Partien der weiblichen Beckenhöhle abhängig, kann man Folgendes sagen: Als Begleiterscheinung der normalen Menstruation tritt er äusserst selten auf. (Die einzige beschriebene Beobachtung stammt von Müller.) Viel häufiger dagegen schon beobachtet man sein Erscheinen gleichzeitig mit dem Eintritte eines anderen physiologischen Vorganges im Genitalleben der Frau, nämlich gleich im Beginne der Gravidität, um dann mehr oder weniger lange Zeit anzuhalten und endlich in späteren Monaten der fortschreitenden Gravidität allmählich zu verschwinden, während wiederum in anderen Fällen das gleiche Symptom erst in den späteren Monaten der Gravidität eintreten kann, u. zw. dadurch bedingt, dass der gravide Uterus erst bis zu einem gewissen Volum herangewachsen reizend, zerrend und irritirend auf Partien einwirken kann, auf die er in den ersten Monaten der Schwangerschaft nicht reizauslösend durch sein geringes Volumen und gleichzeitig mindere Zerrung wirkt.

Ungleich häufiger, und das sind die charakteristischen, am meisten beweisenden Fälle, dass es sich hier thatsächlich um Reflexneurosen handle, begegnet man dieser eigenthümlichen Reflexneurose

des Respirationstractus bei Frauen, die an chronischen Erkrankungen des Genitalsystems leiden, und zwar sind es in den meisten Fällen die Spätformen der entzündlichen Affectionen der Beckenorgane; Erkrankungen, bei denen es sich schon um stabile und stationär bleibende pathologische Veränderungen handelt: Chronische Metritis, Oophoritis, Verklebungen und Verwachsungen, Narbenbildungen und Schrumpfungsprocesse etc.

Es tritt somit dieses Symptom, sowie alle anderen in weiter entlegenen Bahnen sich zeigenden, vom Unterleib ausgehenden Reflexerscheinungen meist erst spät und nicht im Beginne des acuten Entzündungsstadiums der erkrankten Beckenorgane auf, also erst nach längerem, oft jahrelangen Bestande der betreffenden Genitalaffection.

Das isolirte Auftreten dieses Reflexhustens, von gynäkologischen Erkrankungen abhängig, beobachtet man äusserst selten; denn meistens ist es begleitet von vielen anderen, mehr oder weniger markirt in die Augen springenden nervösen Erscheinungen bei gleichzeitig einhergehender allgemeiner Erschöpfung des Gesammtorganismus und des ganzen sympathischen Nervensystems.

Es ist gerade deshalb dieses relative Spätauftreten der verdächtigen Hustenanfälle bei lange dauernder Bettlägerigkeit, allgemeiner Schwäche und dem Nachlassen des allgemeinen Tonus im Organismus, der meist berechtigte Grund, dass die Kranke selbst und ihre Umgebung sich des peinlichen Gedankens nicht erwehren kann, dass anschliessend an diesen Zustand sich eine beginnende tuberculöse Lungenaffection entwickle. Wir sehen demnach, dass die Entstehung und das Auftreten dieses Hustens, den wir als Reflexhusten zu bezeichnen berechtigt sind, abhängig von bestehenden chronischen Alterationen des weiblichen Genitalsystems an die Dauer des Geschlechtslebens der Frau gebunden ist.

Ich habe keine einzige Beobachtung bei Durchsicht der allerdings sehr wenig vorhandenen Literatur über diesen Gegenstand gefunden, welche das Auftreten dieses uterinen Hustens vor der Zeit der beginnenden Pubertät berichtet. Die Fälle, wo es sich um ausgesprochene derartige Krankheitserscheinung handelt, betreffen immer Frauen, die in den Jahren der Geschlechtsthätigkeit stehen. Ungleich seltener beobachtet man bei genitalkranken Frauen diesen Reflexhusten nach Erlöschen der Geschlechtsthätigkeit, nach vollständig eingetretener Cessatio mensium, während die kritische Zeit der Wechseljahre sich auch in dieser Richtung in Bezug auf Störungen nervöser Art äussert. Immer aber ist dann sein Auftreten herrührend von vorhandenen Resten alter Entzündungsherde, Lageveränderungen etc., erworben im Laufe der Jahre der bestandenen Ovulationsdauer.

Die senile Involution bedingt ja eine allgemeine Atrophie der Genitalorgane, speciell der Muskelelemente des Uterus und seiner Aufhängebänder. Auch das Epithel verliert theilweise seinen Charakter, niedrig-cubisches Epithel ersetzt das Flimmerepithel, die Drüsen schrumpfen, die Schleimhäute verändern sich, spindeliges Bindegewebe ersetzt die interglanduläre Substanz. Auch in den Ovarien treten charakteristische Veränderungen auf. Sie werden kleiner, schrumpfen, Epithel und Eier degeneriren und sterben in den Graaf'schen Follikeln ab und schliesslich bildet das ganze verödete Organ nur noch einen geschrumpften bindegewebigen Körper.

Die regelmässig wiederkehrende Menstruation mit dem begleitenden Reiz der Congestion auf entzündete und irritable Partien im Unterleibe hat aufgehört. Es treten somit ganz zweifellos, und das ist in differentialdiagnostischer Hinsicht richtig, Reflexerscheinungen in den sympathischen und cerebrospinalen Nervenbahnen, wenn sie von Genitalerkrankungen ausgehen und auf selbe allein zurückgeführt werden müssen, meistens in einen ganz bestimmten nachweisbaren Zusammenhang mit den Menstruationsvorgängen und den dadurch direct gesetzten Reiz infolge der gesteigerten continuirlichen Congestion auf die afficirten irritablen Theile auf.

Die analoge Wirkung der Congestion als ursächliches reizauslösendes Moment findet sich desgleichen bei der beginnenden Gravidität, obgleich man das Auftreten von Reflexerscheinungen durch das Überwiegen der passiven Dehnung des Uterus über das active Wachsen desselben ebenfalls erklären kann und es ganz bestimmt eine Kategorie von Fällen gibt, bei denen der die Reflexerscheinungen auslösende Reiz von vielleicht oft minimalen perimetritischen Adhäsionen oder Veränderungen der Uterus mucosa ausgeht, die der wachsende Uterus reizt, dehnt oder zerrt.

Gleich und per analogiam wohl erklärbar, gibt es ganz sicher Fälle von unstillbarem Erbrechen bei Schwangeren, bei denen diese Reflexerscheinung namentlich im Beginne der Gravidität auftritt und durch das passive Dehnen von Adhäsionen vielleicht allein bedingt ist und dadurch ausgelöst wird. Es verdient hier erwähnt zu werden ein solcher Fall, den Lomer[1]) beobachtet hat. Es handelte sich um eine Gravida, wo perimetritische Adhäsionen als die Ursache des Erbrechens direct nachweisbar waren. Die Patientin zog sich im 16. Lebensjahre nach einer Erkältung während der Regel eine Entzündung zu und litt seit dieser Zeit an schmerzhaften Menses mit Erbrechen. Zweifellos war die damalige Erkrankung der Grund der perimetritischen Adhäsionen. Mit 20 Jahren verheiratet, wurde Patientin

[1]) Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe in Hamburg. October 1890.

gravid. Es trat sofort als Begleiterscheinung andauerndes Erbrechen auf; die Untersuchung ergab einen retroflectirten Uterus, der sinistroflectirt lag, fixirt durch perimetrische Affectionen. Durch Massagebehandlung wurden die Adhäsionen gedehnt und der Uterus konnte sich weiter entwickeln, und Hand in Hand mit der fortschreitenden Beweglichkeit des Uterus liess auch das Erbrechen nach.

Die Thatsache, dass viele derartiger Reflexneurosen thatsächlich mit fortschreitender Gravidität sich bessern und schwinden, scheint mir ebenfalls den Beweis zu liefern, dass es sich in vielen Fällen um Alterationen theils des Uterus, theils der Adnexen handelt und dass die grössere Congestion einerseits, andererseits die mechanische Wirkung des wachsenden Uterus auf reizbare, vielleicht ganz minimale, der Palpation nicht immer zugängliche und daher nicht diagnosticirte krankhafte Veränderungen der Beckenorgane derart einwirkt, dass im Beginne und in den ersten Monaten der Gravidität die irritablen Stellen congestionirt und mechanisch gereizt werden und dadurch sich eine Reflexneurose auslöst, während andererseits die krankhaften Partien gerade dadurch direct zur Heilung gebracht werden, indem der wachsende Uterus Adhäsionen und Verklebungen geringer Art passiv dehnt und zum Schwinden bringt, während andererseits der erhöhte Blutzufluss und Abfluss eine Erweichung und Lösung von Ablagerungen entzündlicher Vorgänge natürlicherweise mit sich führt.

Eigenthümlich ist eine Erscheinung, die, wie schon erwähnt, ebenfalls auf einem physiologischen Vorgang des weiblichen Geschlechtslebens beruht und mit der Ovulation in ganz direct nachweisbarem Zusammenhang steht. Es ist das relativ seltene Auftreten dieser und anderer Reflexneurosen ungefähr um die Mitte der intramenstrualen Zeit, also zur Zeit, die Erscheinungen verschiedener Symptome darbietet, deren charakteristisches Auftreten mit dem Namen „Mittelschmerz“ bezeichnet wird.

Es gibt Fälle, bei denen Reflexneurosen gerade nur um diese kritische Zeit allein vorkommen; in anderen Fällen treten dieselben Erscheinungen als Vorboten einige Tage vor dem Eintreten der Menstruation auf und verschwinden mit dem Eintreten der Blutung; in anderen Fällen wiederum treten Erscheinungen nervöser Reflexneurosen namentlich in den ersten Tagen der Menstruationsdauer auf, während sie in anderen Fällen wiederum die ständige Begleiterscheinung während der ganzen Dauer der menstruellen Blutung bilden, sie kommen und gehen mit dem Eintritt und dem Aufhören der Regel.

Ausser dieser, durch physiologische Processe bedingten Reizung auf irritable chronisch erkrankte Organe des weiblichen Beckens sind

es directe oder indirecte Traumen, die im Stande sind, derartige Reflexerscheinungen von erkrankten Genitalorganen ausgehend in den Bahnen des sympathischen und cerebrospinalen Nervensystems auszulösen. Einige dieser Traumen mit mechanischen Druck- und Zugwirkungen aufzählend, möchte ich erwähnen: Enorme Füllung der Blase oder durch Facalmassen überfüllte Darmschlingen, welche mechanisch irritirend auf empfindliche Nachbarorgane drücken. Es gehören ferner hieher namentlich direct mechanische Insulte, wie Coitus, bimanuelle Untersuchungen, Eingriffe mit Instrumenten aller Art. Versuche, verlagerte und fixirte Organe, wie Uterus, Ovarien oder Tuben aus ihren Verklebungen loszumachen, können dieselben Erscheinungen hervorrufen. Endlich kommen in Berücksichtigung Erschütterungs-Traumen durch Fall, Stoss, Fahren auf schlechten Wegen, Eisenbahnfahrten, Springen, Tanzen, Reiten, das Treten einer Nähmaschine und ähnlicher Apparate. Es können dieselben Erscheinungen ebenfalls auftreten dadurch, dass sich die Kranken rasch bücken, schwere Gegenstände aufheben, oder Gegenstände von oben herab heben. Zu erwähnen ist noch, dass sich manche Reflexneurosen im Anschluss an eine psychische Emotion zeigen. Man kann in solchen Fällen nur annehmen, dass es sich um eine vielleicht selbständiger gewordene, aber doch noch vom Genitalleiden ursprünglich ausgehende Alteration oder organische Störung der betreffenden Nervenbahn handelt, besonders bei Individuen neuropathischer Disposition, und dass die Wirkung äusserer Eindrücke psychischer Natur — „das Trauma psychicum“ — in den am wenigsten Resistenzfähigkeit besitzenden Theilen, in dem Locus minoris resistentiæ auftritt oder gefühlt wird. Mannigfaltig und verschieden sind demnach die reflexauslösenden Momente für diese specielle Reflexneurose des Respirationstractus, sowie für alle anderen, sie meist begleitenden Störungen trophischer, sensibler und motorischer Natur. Wir haben gesehen, dass es in manchen Fällen nicht besonders schwer ist, Reflexneurosen und somit auch diesen Reflexhusten mit krankhaften Veränderungen der weiblichen Beckenorgane in causalen Zusammenhang zu bringen.

Die Diagnose bestimmt auf Reflexneurosen zu stellen, ist zuweilen ungemein leicht und die Patientin selbst erklärt sie als solche; in anderen Fällen kann die bestimmte Diagnose, dass dieser Husten von Unterleibsentzündungen ausgehend eine reine Reflexneurose darstelle, bedeutende Schwierigkeiten bereiten.

Es liegt der Verdacht auf eine beginnende tuberculöse Lungen- oder Kehlkopfaffection zu nahe bei einer chloroanämischen Kranken, die durch jahrelanges Leiden psychisch und physisch herabgekommen,

das Bild einer siechen Frau darstellt. Dieses zuweilen umflorte, schwache Hüsteln kann leicht eine tuberculöse Erkrankung der Respirationsorgane vortäuschen. Noch complicirter wird das Bild, wenn andere Reflexneurosen fehlen, namentlich bei Individuen zarter Constitution, bei Virgines, die extrem chlorotisch, an Menstruationsbeschwerden leiden und über allgemeine Schwäche und Appetitlosigkeit klagen, die in letzter Zeit sichtlich abgemagert und ihre frühere Jugendfrische verloren haben.

In solchen Fällen wird die Diagnose schwierig, denn es können beide Formen der Erkrankung bestehen, also eine beginnende tuberculöse Lungenaffection mit dem schon vorhandenen Genitalleiden zusammenfallen. In diesen Fällen kann nur eine längere genauere Beobachtung die Diagnose sichern. Man muss sehr sorgfältig durch Auscultation und Percussion die Athmungsorgane untersuchen; ferner ist eine sehr genaue Controle etwaig verdächtiger abendlicher Temperatursteigerung vorzunehmen. Solche Temperatursteigerungen beobachtet man aber auch bei Kranken, die an Adnexerkrankungen mit entzündlichen Schwellungen und Eiterablagerungen der Tuben leiden. Man muss daher in solchen complicirten Fällen auch darauf sein Augenmerk richten und etwaige Eiteransammlungen im Unterleibe nicht ausseracht lassen. Differential-diagnostisch kommen in Frage syphilitische Erkrankungen des Larynx. Anamnese und die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel sichern in diesen Fällen die Diagnose. Differentialdiagnostisch ebenfalls wichtig ist das Auftreten von Husten, der jedenfalls auch reflectorischer Art ist, bei Leberabscess die „Tussis hepatica“, ebenso die „Tussis splenica“. Zu erwähnen ist noch das Auftreten von Reflexhusten bei Ohrenerkrankungen.

Andererseits wird die Diagnose auf Reflexneurose ausgehend von Erkrankungen des Genitalsystemes gestützt, wenn es gelingt, ihr Auftreten mit den Menstruationsvorgängen in directen causalen Zusammenhang zu bringen. Ganz bestimmt und zweifellos jedoch wird obige Diagnose, wenn es gelingt, durch Druck oder Zerrung auf eine Narbe, bei Dehnung von verkürzten oder geschrumpften Parametrien, bei Touchiren von Ovarien etc. die Reflexerscheinung direct und isolirt, beliebig auszulösen, kurz mit einem Worte, wenn man die Reizstelle der directen oder vermittelnden Leitung findet, und dadurch, dass man sie drückt oder zerrt, nur eine, und zwar bestimmte immer gleiche Reflexerscheinung auslösen kann, gerade so wie man auf einen Telegraphenknopf drückt und dadurch den Contact in der Leitung herstellt, wenn ich mich dieses Vergleiches bedienen darf.

Ex juvantibus lässt sich ebenfalls rückschliessend die Diagnose auf Reflexerscheinung stellen, indem in diesen Fällen mit der Heilung oder

Entfernung der erkrankten Stelle ein Nachlassen oder Verschwinden der Reflexerscheinung einhergeht.

In dem einen Falle fällt das Verschwinden von Reflexerscheinungen zusammen mit der Heilung einer Endometritis oder Metritis durch Abrasio mucosæ, in anderen Fällen scheint die Ursache in papillärer Erosion der Portio zu liegen, denn nach Ausführung der Amputatio Colli verschwinden die bestandenen Reflexerscheinungen. Es sind ferner Fälle bekannt geworden, bei denen die einfache Reposition des beweglichen retroflectirten Uterus und nachherige Lagerung durch ein Pessar momentan und dauernd Reflexneurosen zum Schwinden brachte. Jedesmal trat jedoch dasselbe lästige Symptom wieder auf, wenn das Pessar entfernt wurde und der Uterus seine pathologische Stellung wieder einnahm.[1]) Man beobachtet ferner, dass Reflexneurosen zum Schwinden gebracht werden, wenn Uterus, Ovarien und Tuben von ihren Verwachsungen gelöst werden, wenn verkürzte und geschrumpfte Parametrien gedehnt werden, und schmerzhafte Punkte, die sich in ihnen vorfinden und sich wie Neurome anfühlen und verhalten, weich und im weiteren Verlauf druckunempfindlich werden. Es gehören endlich hieher die Heilungen selbst tiefer nervöser Störungen, die im Anschluss an Eingriffe, die die krankhaften Organe entfernen und dadurch den Reizherd aus der Leitung ausschalten, eintreten, und zwar durch gänzliche Entfernung der Adnexa, durch Entfernung von Fibromen und Cysten etc. mit oder ohne Verwachsungen, endlich die Entfernung des ganzen Uterus durch Totalexstirpation.

Es gilt nun eine andere Frage zu beantworten: Wie entstehen diese Symptome ausgelöster Reflexerscheinungen im sympathischen und cerebrospinalen Nervensystem, die oft in weit entlegenen Partien des Körpers auftreten? Wie hängen Genitalaffectionen mit dem gleichzeitigen Auftreten von Reflexneurosen zusammen und wie ist es erklärlich, dass in manchen Fällen mit der Heilung des Localleidens oder durch directes Entfernen des Reizherdes selbe verschwinden? Wir müssen uns deshalb zuerst die äusserst zahlreichen und sehr complicirten Nervenbahnen klarlegen, die die Innervationen des Uterus und der Ovarien ausmachen und bilden; wir müssen die Nervenbahnen, welche die Becken und Unterleibsorgane überhaupt versorgen, näher betrachten und den Zusammenhang derselben mit den übrigen Nervenbahnen des gesammten sympathischen, sowie auch mit dem cerebrospinalen Nervensystem nachweisbar zu machen versuchen.

---

[1]) Von einem solchen Fall berichtet u. a. Chrobak. (Wien. med. Presse. 1869, Nr. 1 u. 2.)

Anatomisch lässt sich der Ursprung der Uterinnerven auf ganz bestimmte Gegenden zurückführen, wie die bekannten Forschungen von Frankenhäuser[1]) ergeben haben.

Die Uterinnerven beziehen ihren entfernten Ursprung vom Ganglion cœliacum dextrum et sinistrum, d. h. aus dem grossen Sammelpunkt und der Centrale aller sympathischen, die Bauchhöhle versorgenden Nervenleitungen und Bahnen. Von oben mündet in dieses Sonnengeflecht das X. Gehirnnervenpaar, der N. vagus, wegen seiner langen Ausdehnung und reichen Verzweigung und zahlreichen Anastomosen charakteristisch der herumschweifende Nerv genannt. Nach seinem Austritt aus der Schädelhöhle durch das Foramen jugulare bildet er bekanntlich das Ganglion jugulare, welches wiederum Zuzüge vom Ganglion cervicale superius des N. sympathicus erhält. Ein kleiner Seitenast, der Ram. auricularis vagi, zweigt von ihm ab und tritt durch Fäden mit dem N. facialis in Anastomose. Der Halstheil des Vagus, der Plexus nodosus, erhält vom XI. und XII. Gehirnnervenpaar motorische Fasern, die dann die Rami pharingei und laryngei bilden. Andererseits steht der Plexus nodosus wiederum in Verbindung mit dem oberen Halsganglion des Sympathicus. Es gehen, weiter ab vom Vagus, die N. pharyngei sup. et inferior. Der N. laryngeus sup. zieht zum Kehlkopf, theilt sich in den Ramus internus und externus. Die Rami cardiaci sind ebenfalls mit sympathischen Fasern zum Plexus cardiacus verbunden. Vom N. vagus stammt ebenfalls der N. laryngeus inferior (N. recurrens), der eigentliche Stimmnerv. In seinem weiteren Verlaufe bildet der Vagus an der vorderen und hinteren Wand des Magens die beiden Plexi gastrici, den anterior und posterior. Wir sehen somit, dass sämmtliche Partien, die der Vagus im Bereiche der Hals- und Brustorgane versorgt, Partie für Partie mit dem sympathischen Nervengeflecht zusammenhängt und in ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis gestellt ist. Das untere Ende des Vagus führt bekanntlich schon sehr zahlreiche Elemente des Sympathicus mit sich.

[1]) Frankenhäuser, Die Nerven der Gebärmutter. 1867.

Ein Theil des Vagus geht aber sogar unmittelbar in die vom Ganglion cœliacum sinistrum abtretende Verbindung, die dieses Ganglion zu den Genitalorganen schickt, über, und diese Endfasern des Vagus gehören wahrscheinlich dem Sympathicus an (Frankenhäuser).

Eine zweite Nervenbahn, die von oben in den Plexus solaris einmündet, ist der N. phrenicus; er erhält ebenfalls einen Zuzug vom Ganglion cervicale inferius des Sympathicus. Ferner münden in das Sonnengeflecht von oben die Nn. splanchnici, und zwar links der Major, Medius und Minor, rechts der Major und Minor. Endlich nimmt das Ganglion cœliacum dextrum et sinistrum den Plexus aortico-thoracicus auf.

Vom Ganglion cœliacum, und meistens links in stärkerer Form entspringend, ziehen zu den sämmtlichen Unterleibsorganen in zahlreicher Form Nervenbahnen, die die Leber, Milz, Nieren, Darm und endlich auch den gesammten Genitalapparat mit sympathischen Nerven versorgen.

Vom äusseren und unteren Winkel des Gangl. cœliacum treten 6—8 Nervenzweige zur Nebenniere, ebenso gehen von beiden Ganglien des Sonnengeflechtes Verbindungen in flächenartiger Ausdehnung direct zu den Renalganglien, so dass diese beiden Ganglien in sehr naher inniger Verbindung und Zusammenhang stehen. Diese Nierenganglien, 6—7 jederseits, erhalten weitere Zuzüge durch die Verbindungen mit den Nn. splanchnici, durch Verbindungen mit dem ersten Lendenknoten des Sympathicus; sie stehen ferner in directer Verbindung mit dem Plexus mesentericus superior.

Das unterste Renalganglion, im unteren Winkel gelegen, den die A. renalis an ihrer Abgangsstelle aus der Aorta bildet, steht, nach Frankenhäuser, in so vielfacher inniger Beziehung zu den Genitalorganen, dass man ihm die Function eines directen Genitalganglions beimessen kann. Es sendet nämlich directe Zweige, die Ovarialvene begleitend, zum Ovarium, weiters steht dieses Ganglion in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Spermaticalganglion durch Verbindungen, die längs der Aorta herablaufen, ebenso verbindet es sich mit dem Plexus mesentericus superior.

Vom Ganglion cœliacum entspringend und längs der Aorta aufliegend zieht ein starkes Geflecht sympathischer Nervenbahnen, von unten begrenzt durch den Ursprung der A. mesenterica inferior, das unter dem Namen Plexus aorticus bekannt ist.

Die Untersuchungen von Frankenhäuser haben ergeben, dass derselbe als eine Hauptquelle der die Genitalorgane versorgenden Nerven ist. Von ihm ziehen Zweige ab zu dem zweiten Renalganglion, sowie auch zu dem Ganglion spermaticum I, II, III.

Als eine weitere Unterabtheilung des Plexus aorticus sind die Spermaticalganglien zu nennen, sie finden sich auf jeder Seite paarig und zeigen rechts folgende Verhältnisse: Vom zweiten und dritten Lendenknoten ziehen zwei starke Nervenbahnen hin. Das erste Ganglion erhält Nerven aus dem Plexus mesentericus und renalis und gibt zahlreiche Äste zu den Ovarien ab. Das zweite Ganglion erhält Fäden vom ersten Ganglion, ferner vom untersten Renalganglion und vom Plexus mesentericus sup.; aus ihm treten wiederum starke Äste zu den Ovarien ab, die sich mit denen aus dem ersten Ganglion verbinden und einen selbständigen Ganglionplexus schaffen.

Die Hauptmasse der unterhalb der A. mesenterica inf. zusammentretenden Nervenzüge aus den Spermaticalganglien der rechten und linken Seite setzt sich von da ab als ein vereinigtes, geschlossenes Nervenband weiter fort, bis ca. $^1/_2$ Zoll unterhalb der Bifurcation der Aorta. Dieses von Tiedemann mit dem Namen N. uterinus magnus bezeichnete starke, platte Nervenband des Bauchsympathicus theilt sich auf dem Promontorium unterhalb der Bifurcation der Aorta in zwei Züge, die den Namen Plexi hypogastrici führen. Sie umgreifen rechts und links den Mastdarm, ziehen zum oberen Theile der Scheide und des Uterus und erhalten ferner ausserordentlich zahlreiche Nervenzuzüge vom fünften Lumbarganglion und vom I., II. und III. Kreuzbeinganglion des Grenzstranges; andererseits treten starke Nervenzweige zum Ureter. An der Seite des Mastdarmes angekommen spalten sich die Nn. hypogastrici wieder in zwei Partien. Die schwächere begleitet die Beckengefässe und verzweigt sich im hinteren und seitlichen Theil des Uterus, die andere, stärkere Partie tritt unter den Gefässen theils ins grosse Cervicalganglion, theils bildet es eine Vereinigung mit den Kreuzbeinnerven. Aus diesem dreieckigen Ganglion, von Frankenhäuser genau beschrieben, entspringen zum grössten Theile die Uterinnerven. Ein kleiner Theil der Uterinnerven zieht schon früher vom Plexus hypogastricus ab und schickt vor seiner Vereinigung mit dem grossen Ganglion cervicale Nervenzweige vorzüglich nach der hinteren und unteren Fläche der Gebärmutter, sowie an die seitliche Uteruswand hinauf bis in den Winkel, den der Uterus mit der Tuba bildet, um dort eine weitere Verbindung mit den Ovarialganglien einzugehen.

Zu diesem Cervicalganglion kommen aber ausser den Zuzügen des stärkeren Astes des Plexus hypogastricus ein Ast vom zweiten Kreuzbeinnerven, ein gleicher, aber bedeutend stärkerer Zuzug stammt vom dritten Kreuzbeinnerven.

Dieser Nerv sendet ausserdem noch eine Verbindung direct über das Ganglion cervicale hinüber direct zu Scheide und Blase. Endlich zieht aus dem vierten Kreuzbeinloch der stärkste Nervenzweig zur unteren Fläche dieses Ganglions.

Andererseits treten aus diesem Ganglion aus: Die Nerven, die in die Tiefe des Uterus ziehen. An der Seitenwand des Uterus verbinden sie sich mit den Rami des Plexus hypogastricus, die derselbe noch vor seiner Vereinigung mit dem Ganglion cervicale, wie schon oben erwähnt, abschickt. Diese Nervenzweige treten ferner in innige Verbindung mit den von der hinteren Seite herkommenden Ovarialnerven und senden ebenfalls noch Nervenverzweigungen ins runde Mutterband und zum Grunde des Uterus.

Aus dem Ganglion cervicale entspringt ausserdem der Verbindungsast mit dem Plexus hæmorrhoidalis. Es entsendet ebenfalls directe Nervenzüge zwischen Blase und Uterus und eine andere Ausstrahlung zieht zwischen Darm und Vagina. Ein kleines Ganglion, dem Cervicalganglion aufliegend, sendet Verbindungen direct ins Vesicalganglion. Das reiche Geflecht der die Vagina umspinnenden Nerven stammt ebenfalls aus dem Cervicalganglion.

Im Vorstehenden habe ich versucht, die hauptsächlichsten Quellen, aus denen die Uterin- und Ovarialnerven stammen, nach den Frankenhäuser'schen Forschungen klarzulegen und den Zusammenhang mit anderen Bahnen anzudeuten.

Über den feineren Verlauf der Nerven im Uterus und in den Ovarien sind in letzten Jahren bedeutende Arbeiten erschienen. Riese's[1]) Forschungen, im allgemeinen die Frankenhäuser'schen Anschauungen bestätigend, führten diesen Autor zum Resultat, dass die Nerven im Ovarium ein sehr dichtes Geflechte bilden, welches einen grossen Theil des Ovarienstromas ausmacht. Am dichtesten ist das Geflecht zarter, markloser Fasern in der Zona parenchymatosa, namentlich werden die Gefässe bis zu den feinsten Capillaren davon umsponnen. Der grösste Theil der Nerven endigt in Gefässwänden nicht bloss der muskelführenden Gefässe, sondern auch der Capillaren; letztere Fasern hält Riese für sensibel.

Es sind aber auch Nervenfasern sichtbar in der Wand der grossen Follikel, in der Tunica fibrosa und Tunica propria, ja sogar im Granulosaepithel. In der Tunica fibrosa endigen dieselben in der Wand der muskelführenden Gefässe, in der Tunica propria, zum Theil wenigstens, an den vorhandenen Capillaren. Die interepithelialen Nervenfasern der Granulosa sind wahrscheinlich nicht bloss Capillar-

[1]) Anatom. Anzeiger. VI. 14., 15. 1891.

nerven, sondern gehen nur aus solchen hervor und sind wirklich für die Epithelien bestimmt. Die knopfförmigen Endigungen dieser Fasern liegen den Zellen nur an, ohne in sie einzudringen. Sie sind entweder trophischer oder sensibler Natur.

Auch in kleinen Follikeln gehen die Nervenfasern bis dicht an das die Eizelle umgebende einschichtige Epithel heran, doch ist hier die Endigung an einer dem Follikel dicht anliegenden Capillare nicht ausgeschlossen.

Die Untersuchungen von Herff[1]) ergaben, dass die Uterinnerven im allgemeinen quer zu den grösseren Seitengefässen verlaufen, sich büschelförmig gegen die Schleimhaut hin verästelnd; weitere Nerven treten mit den Uteringefässen ein. Die Zahl der Nerven ist eine ungemein grosse und steht im Grossen und Ganzen im Verhältnis zur Stärke der Musculatur; unter dem Einflusse der Schwangerschaft scheinen sich die Nervenfasern kräftiger und reichlicher zu entwickeln.

Der grösste Theil der Uterusnerven begibt sich zur Uterusmusculatur und bildet dort bei ihrer Einstrahlung mit ihren gröberen Strängen ein weitmaschiges Geflecht. Aus diesem Geflechte gehen Fasern mittlerer Stärke ab, die sich schliesslich in feinste Achsencylinder theilen. Diese nun stehen mit den einzelnen Muskelzellen in eigenthümlicher Weise in Verbindung. Sie lagern sich nämlich an die Muskelkerne nur an, während dieser der Zellmembran innig anliegt. Auf diese Weise kann der Achsencylinder mehrere Kerne hintereinander berühren, ehe er an einem Endkerne endigt. Auf Grund dieses Untersuchungsresultates nimmt Verfasser an, dass die Nervenimpulse durch Contactentwickelung auf einzelne bevorzugte Muskelzellen übertragen werden, welche dann ihrerseits auf irgend eine Weise die anderen unberührten Muskelzellen zur Contraction bringen. In einzelnen grösseren Nervenstämmen finden sich, allerdings spärlich, Zellen eingelagert, die Herff für Ganglienzellen halten möchte.

Was die Ovarien betrifft, so sind die Ovarialnerven so zahlreich, dass sie einen wesentlichen Bestandtheil des Gewebes ausmachen. Sie begeben sich theils zu den Gefässen und endigen in ähnlicher Weise wie im Uterus, theils strahlen sie radiär in die Zona parenchymatosa ein, dabei häufig ein Flechtwerk bildend, jedoch ohne Netzbildung. Aus diesem Nervengeflechte entspringen feinste Fasern, die die einzelnen Follikel umspinnen.

---

[1]) Über das anatomische Verhalten der Nerven im Uterus und in den Ovarien des Menschen. München. med. Wochenschrift Nr. 4. 1892.

Über den feineren Verlauf der Nerven im Eierstocke des Menschen. Zeitschrift für Gyn. Bd. XXIV. Heft 2.

Hiebei zweigen sich entweder feinste Fäden ab, oder die Nerven endigen selbst in solche aus. Bei den kleineren Follikeln lagern sich diese an das Follikelepithel an, bei den grösseren dringen sie in die Membrana granulosa ein und scheinen dort knopfförmig frei zu endigen.

Das Vorkommen von Ganglienzellen im Ovarium konnte Herff nicht einwandsfrei nachweisen.

Wir haben demnach gesehen, wie unendlich complicirt und ausgedehnt das Gebiet der Bahnen ist, aus denen sich die Nerven, die Genitalorgane versorgend, zusammensetzen und ihren Ursprung herleiten und in welcher Weise sie in die wichtigsten Organe, Uterus und Ovarien, eindringen und verlaufen.

Diese mehr oder weniger grossen Ganglienmassen des sympathischen Bauch- und Beckengeflechtes, miteinander durch zahlreiche Verbindungen im innigen Zusammenhange stehend, sind andererseits in Verbindung gesetzt mit den Rückenmarksnerven durch die Vermittlung des Grenzstranges.

Es ist somit eine unschätzbare und unzählbare Menge von directen und indirecten Leitungen zwischen dem Utero-Ovarialgeflecht einerseits, und andererseits mit den gesammten Cerebrospinalnerven gesetzt, denn wir wissen, dass die cerebralen Nerven Vagus, Glossopharyngeus und Trigeminus, gleich den spinalen Nerven, durch die Rami communicantes mit den sympathischen Nervenbahnen in Verbindung stehen.

Die Rami communicantes verknüpfen das gesammte sympathische Nervensystem mit dem ganzen cerebrospinalen Nervensystem.

Wir wissen, dass durch die Rami communicantes dem Grenzstrang cerebrospinale Fasern zugeführt werden, und zwar sensible und motorische.

Weiters kommen durch die Rami communicantes sympathische Fasern in die cerebrospinalen Nerven.

Es steht somit Theil für Theil des cerebrospinalen Nervensystems unter dem directen Einfluss des Sympathicus sowohl durch directe als indirecte Bahnen, und zwar würde man z. B. den N. uterinus magnus ablösen oder zerstören, so bleiben ja noch immer die Verbindungen durch die Kreuzbeinganglien des Sympathicus mit den Rückenmarksnerven bestehen.

Es ist somit der Zusammenhang der Störungen im Bereiche cerebrospinaler Nervenbahnen, hervorgerufen durch Störungen oder Alterationen in den sympathischen Nervenbahnen, gegeben, und wir können uns Störungen trophischer, sensibler und motorischer Art erklären.

Es wird dadurch auch verständlich, dass bei Erkrankungen der Genitalorgane, die namentlich mit stationären Alterationen einhergehen, derartige Verhältnisse geschaffen werden können, dass Reflexerscheinungen, unter gewissen wechselnden Bedingungen, durch directen Reiz auf die alterirten irritablen Stellen durch die vermittelnden Nervenbahnen in den verschiedensten, oft weit entlegenen Gegenden ausgelöst werden können.

Die mikroskopischen Untersuchungen von H. W. Freund haben ergeben, dass sich bei Schrumpfungsprocessen der diffusen Form der Parametritis chronica atrophicans narbige Hyperplasie des Beckenbindegewebes findet.

Die Venen sind durch periphlebitische Processe in ihren Functionen alterirt, ebenso wurden perineuritische Erkrankungen der Nervenbahnen und Ganglien nachgewiesen.

Das Ganglion cervicale erscheint verschmälert, das interganglionäre Bindegewebe hyperplastisch, die Ganglienzellen geschrumpft und braun pigmentirt, der Rest eines Kernes ist schwer zu erkennen.

Gleiche und analoge Veränderungen der Nervenbahnen und Ganglien können wir aber auch selbstverständlich bei vielen anderen pathologischen chronischen Processen der Genitalorgane annehmen, insbesondere in den Ovarien zum Beispiel, die, wie wir gesehen haben, ein noch viel reicheres System von Nervenfasern enthalten.

Man denke ferner an die durch chronische, paraperimetritische Entzündungsprocesse dauernd verlagerten und fixirten Organe, wie z. B. Uterus, Ovarien und Tuba, wo ebenfalls Nervenzweige stärkerer und feinerer Verzweigung in Exsudatmassen eingebettet und geklemmt, gezerrt und gereizt werden, ähnlich werden die Venen in ihrem Verlaufe alterirt, was die natürliche und consecutive Erscheinung der allgemeinen begleitenden venösen Stase durch Verhinderung des Abflusses des venösen Venenblutes mit sich führt.

Gleiche pathologische Veränderungen können circumscripte exsudative Auflagerungen im ganzen Beckenperitoneum, ebenso im subperitonealen Zellgewebe schaffen.

Zerrung oder andere mechanische Insulte, auf diese durch perineuritische Processe fixirten und eingeklemmten Nervenbahnen oder Ganglien, können oder müssen daher direct reizend darauf wirken.

Solche Insulte sind, wie schon erwähnt, durch excessive Füllung der Blase oder des Darmes gesetzt, ferners durch die Congestion, die mit der Menstruation zusammenhängt, sowie auch durch passive Dehnung bei beginnender Schwangerschaft. Endlich sind es directe oder indirecte Traumen jeder Art, wie schon oben erwähnt.

Wir sehen hiemit, dass Insulte der verschiedensten Art auf irritable, organisch veränderte Nervenbahnen und Ganglien, durch pathologische Veränderungen im weiblichen Becken bedingt, derart einwirken können, dass sie auf diese irritablen Stellen reizend wirken können.

Und es ist somit der Zusammenhang eines derartigen mechanischen Reizes auf Localerkrankungen der Beckenorgane mit dem consecutiven Auftreten von Reflexerscheinungen in weiter entlegenen Nervenbahnen erklärbar.

Mag auch die Erklärung in vielen Fällen schwer und noch dunkel sein, die anatomischen Verhältnisse, der pathologische Befund und die klinische Erfahrung beweisen den Zusammenhang dieser Erscheinungen, die wir dann als Reflexneurosen zu bezeichnen berechtigt sind.

Nach diesen Voraussetzungen und mit der Annahme, dass Reflexerscheinungen auf diese Art und Weise entstehen und ausgelöst werden können, muss die Therapie, die die Heilung dieser Reflexneurosen bezweckt, folgerichtig darauf gerichtet sein, die irritablen Partien der erkrankten Genitalorgane, von denen sie ausgehen, des auf sie einwirkenden Reizes, durch verlagerte Organe oder perineuritische Processe in schrumpfenden Zellgewebsmassen etc. etc. bedingt, zu entbinden und sie aus dieser Dauerzerrung, resp. Druck zu befreien; oder die ganze erkrankte Partie, inclusive des ganzen Reizherdes, aus der Leitung direct auszuschalten, dadurch, dass die ganzen erkrankten reizbaren Organe operativ entfernt werden.

Die Therapie dieser speciell hier behandelten Reflexneurose von Seite des Respirationstractus, des uterinen Reflexhustens, fällt mit der Therapie anderer, meist gleichzeitig bestehender Reflexneurosen im Anschluss an gynäkologische Erkrankungen zusammen und sein isolirtes Auftreten ist relativ so selten, dass ich zugleich mit der Beschreibung der Therapie dieser Reflexerscheinung die Behandlung der Reflexneurosen, durch gynäkologische Erkrankungen allein bedingt, im allgemeinen besprechen werde. Krankhafte Affectionen des Uterus und seiner Schleimhautauskleidung sind zu beseitigen, in den meisten Fällen schon deshalb, weil sie durch ihr Symptom von Blutungen und Leukorrhöen fortwährend den Gesammtorganismus schädigen.

Im übrigen sind Fälle von Endometritis, die Reflexerscheinungen bedingten, beschrieben und die Heilung durch Abrasio mucosæ constatirt. (Vergl. u. a.: Odebrecht, „Über Neurosen im Gefolge von Genitalerkrankungen“.) Ebenso wurden Anfälle von Reflexneurosen beseitigt durch Amputatio der krankhaft veränderten Portio.

G. Braun (Wiener med. Wochenschrift [41—42], 1886) beschreibt einen Fall, in welchem die bestehende Reflexneurose, Auslösung von Würg- und Brechreiz, von einem bestehenden Ektropium der Cervix herrührte.

Durch Berührung der krankhaften Partie bei Touchiren konnte jedesmal prompt obige Reflexneurose ausgelöst werden und nach ausgeführter Trachelorrophie hörte das Erbrechen vollständig auf.

Fälle, bei denen das Auftreten von Reflexerscheinungen bedingt war durch die bestehende Retroflexio des vollständig beweglichen Uterus und durch einfache Aufrichtung und nachherige Richtiglagerung in einem Pessar zum sofortigen Sistiren gebracht wurde, sind bekannt. Dazu gehört auch eine Beobachtung, die aus der Klinik Oppolzer's stammt und von Chrobak beschrieben wurde. (Gynäkologische Mittheilungen von Dr. R. Chrobak in Wien. Aus der Klinik des Hofrathes Professor v. Oppolzer. [Wiener med. Presse 1869].)

Die häufigste Ursache aber der verschiedenartigsten nervösen Störungen im sympathischen und cerebrospinalen Nervensystem, von Alterationen der weiblichen Geschlechtsorgane abhängig, finden wir jedoch vorwiegend im Gefolge chronischer Entzündungsprocesse, die, oft an jahrelange Dauer gebunden, mit stabilen Alterationen der Organe, fixen Lageveränderungen des Uterus und der Ovarien, mit Verklebungen und Verzerrungen der Blase, des Ureters, des Darmes, endlich mit narbiger Verkürzung in den Parametrien und im ganzen Beckenbindegewebe überhaupt, wie schon erwähnt, einhergehen.

Es handelt sich bei Besprechung der Therapie nervöser Störungen im Anschluss an chronische Erkrankungen der weiblichen Genitalien, gleichzeitig mit allgemeinen Gesammtstörungen im Organismus einhergehend, um die wichtige Frage:

Soll man bei Genitalaffectionen mit nervösen Erscheinungen stärkeren oder geringeren Grades, die wir bei unterleibskranken Frauen, als direct von Erkrankungen der Beckenorgane ausgehend, unzweifelhaft als Reflexneurosen aufzufassen berechtigt sind, in jedem Falle eine mehr oder weniger eingreifende oder länger dauernde gynäkologische Therapie einleiten, in der Absicht, durch Heilung der ursprünglichen Localerkrankung das consecutive Auftreten von Reflexneurosen zum Verschwinden zu bringen, oder soll man, den allgemeinen Zustand der Kranken mehr berücksichtigend, von jeder Localbehandlung bis auf weiteres abstehen?

Die Beantwortung dieser Frage hängt wesentlich ab vom Grade und Charakter der gynäkologischen Erkrankung und der sie begleitenden Reflexerscheinungen und von der mehr oder weniger gefährlichen Beschaffenheit oder dem fortwährend schädigenden Einfluss derselben auf den Gesammtorganismus und von den von ihr ausgehenden Symptomen, die mehr oder weniger gefahrdrohend, zu einer rascheren Entscheidung drängen können.

Weiters hängt die Therapie ab von den natürlichen Verhältnissen, in denen die Patientin lebt, und schliesslich und hauptsächlich vom Zustande des allgemeinen Nervensystems, namentlich bei Kranken, die ausser dem Genitalleiden und consecutiven Reflexneurosen an allgemeiner Nervosität und Erschöpfung des Gesammtorganismus oder an hochgradiger neuropathischer Disposition leiden.

Kranke dieser Art mit Symptomen allgemein nervöser Erschöpfung, Frauen, bei denen reflectorische Reizerscheinungen geringerer Art bestehen und bei denen der deroute Zustand des Gesammtorganismus im Vergleich zu der Localerkrankung in den Vordergrund tritt, bei denen das bestehende gynäkologische Leiden weder drohende Symptome schafft, noch eine fortwährend dauernde Schädigung für den Gesundheitszustand in toto bedingt (Blutungen, Leukorrhöe), bei Frauen endlich, die jener Menschenclasse angehören, die sich schonen können und nicht um jeden Preis arbeitsfähig gemacht werden müssen, kommt eine allgemein tonisirende, resp. die Schmerzsymptome calminirende Therapie in erster Reihe in Betracht.

Zu dieser Kategorie nervös erschöpfter Kranken gehören speciell auch jene reichen Unglücklichen, die im Anschluss an eine gynäkologische Erkrankung, in vielen Fällen häufig aber auch mit neuropathischer Disposition erblich belastet, an hochgradig allgemeiner Nervosität leiden und in ihrem ganzen Ernährungszustand vollständig herabgekommen sind. Es sind dies jene Sorten von Patienten, die ihr ganzes Leben als Kranke vegetiren, theils im Bette liegen, theils im Rollstuhl fahren, jene Krüppel der Gesellschaft, die sich selbst und ihrer Umgebung zur Last sind, die alle Capacitäten der alten und neuen Welt gesehen und consultirt haben, die ausgekratzt und discidirt wurden, die oft einen oder gar keinen Eierstock mehr haben, die alle möglichen Behandlungsmethoden kennen oder darüber sich informirt haben, jene Sorte gynäkologisch gebildeter Kranken, die beinahe alle gynäkologischen Instrumente kennen, die ihr Speculum mit sich führen oder die Nummer dem Arzte genau angeben, die dann wieder abwechselnd in Anstalten als „Hysterische“ oder als „Malades immaginaires“ gelebt haben oder zu Hause von ihrer Umgebung mit harten Vorwürfen gequält werden, die oft harte Behandlung, schmerzhafte Strahlentouchen, starke faradische Ströme oder schmerzhafte Moxen im Nacken, ohne Heilung zu finden, durchgemacht haben.

Solche allgemein erschöpfte und herabgekommene Kranke sollen nicht local behandelt werden, auch wenn

sie den Arzt dazu drängen, will man nicht aus diesen nervös Kranken psychisch Kranke machen, die sie leider oft schon sind; ausser es besteht, wie schon erwähnt, ein derart gynäkologisches Leiden, dass dasselbe zu einem unabweisbaren gynäkologischen Eingriff absolut drängt.

Mithin beginnt die Therapie zuerst und hauptsächlich mit einer zweckmässigen kräftigen Ernährung, am besten mit gemischter Kost; und im allgemeinen gesprochen, mit jeder kräftigen Nahrung, die die Patientin aufnehmen und verdauen kann.

Zugleich ist Sorge zu tragen für womögliche Vermeidung von Ursachen nervöser Störungen durch geistige Überanstrengung, Ärger, Kummer, Sorge.

Solche herabgekommene Kranke, die an Appetitlosigkeit leiden, müssen öfters des Tages über essen, oft in Intervallen von 2—3 Stunden, da sie nicht im Stande sind, einerseits grosse Mahlzeiten an bestimmten Tageszeiten auf einmal in sich aufzunehmen, andererseits die Entbehrung von Nahrungsaufnahme durch eine längere Zeit nicht vertragen können und ihre Schwäche dadurch vermehrt wird.

Kranke, die an schwerer nervöser Dyspepsie leiden, bedürfen noch einer besonderen Berücksichtigung.

Andauernde Störungen des Chemismus, Hyperacidität, respective Subacidität müssen bei solchen Kranken bei der Auswahl der Nahrung Berücksichtigung finden, und bei solchen Kranken ist es nothwendig, eine detaillirte Speisekarte herzustellen.

Es ist somit bei Hyperacidität, bei welcher die Eiweissverdauung in gehöriger Weise vor sich geht, die Zufuhr von Amylacea zu beschränken, und um den Ausfall an Kohlenhydraten auszugleichen und die überschüssige Salzsäure möglichst zu binden, ist eine reichlichere Aufnahme von eiweisshaltigen Nahrungsmitteln, Fleisch, Fisch, Eier geboten.

Bei Subacidität dagegen empfiehlt sich mehr eine gewisse Einschränkung der Fleischkost und namentlich der Fette. Daher passen besser zartere Fleischsorten mit Gewürzzufuhr wegen ihrer anregenden Wirkung auf die Secretion des Magensaftes.

Ein weiteres Hauptmoment ist die Sorge für einen gesunden, natürlichen Schlaf.

Entfernung aus den häuslichen, oft unangenehmen Verhältnissen, Landaufenthalt, Reisen ins Gebirge, Höhenklima, die See sind oft dadurch von sehr wohlthätiger Wirkung auf die Kranken. Endlich ist zur Hebung des Ernährungszustandes bei Erkrankungen leichteren Grades des Genitalsystems die Mitchell-Playfair'sche Mastcur in Betracht zu ziehen.

Diese Mastcur kommt vorwaltend bei Kranken in Betracht, die an Appetitlosigkeit mit allgemeiner nervöser Erschöpfung und herabgekommener Allgemeinernährung leiden, die stark abgemagert und bedenklich anämisch geworden sind, während schwere Erkrankungen nach Playfair eine Contraindication für diese Cur abgeben.

Es kommt ferner in Berücksichtigung der Gebrauch von Badecuren, indifferenter Thermen, Soolbäder, namentlich aber Stahlbäder kühler Temperatur, die durch den Gehalt von freiwerdender Kohlensäure hauptsächlich allein auf das Nervensystem anregend wirken, endlich der Gebrauch von kühlen, wenig concentrirten Moorbädern durch ihre exquisit sedative Wirkung auf das Nervensystem in dieser Anwendungsform. In manchen Fällen günstig wirkt auch der gleichzeitige Gebrauch von Stahlbrunnen oder besser von Eisenwässern, die nebstbei Glaubersalz führen, um eine Anregung auf den torpiden Darmtract auszuüben.

Kranke solcher Art bedürfen vor allem Ruhe, und zwar in jeder Form. Es ist daher von jeglicher Localbehandlung in diesen Fällen abzusehen, da selbe vorderhand überhaupt und während dieser der Patientin nothwendigen und gewünschten Ruhepause bestimmt contraindicirt ist.

Hat man sich über den Zustand der Genitalerkrankung durch Untersuchung oft erst einige Tage, nachdem die Kranke sich von der Reise erholt hat, vielleicht auch nur ganz oberflächlich überzeugt, so genügt das in den meisten Fällen, um der Kranken die nothwendigen Vorschriften in Bezug auf den Gebrauch dieser balneotherapeutischen Mittel anzugeben.

Solche Frauen sollen nicht nutz- und zwecklos fortwährend untersucht werden oder durch Einführung eines Speculums oder durch Einlegung eines Tampons, ut aliquid fieri videatur irritirt werden. Solche Patienten sollen aber auch nicht fortwährend liegen, mässige Bewegung im Freien, aber nicht bis zur Übermüdung ist von entschieden günstigem Einfluss auf Verdauung, Ernährung, Schlaf und Psyche, während wiederum solche Patienten besser die Zeit der Menses in vollkommener Ruhe zubringen sollen.

Vorübergehende Erleichterung schaffen Umschläge, entweder gewöhnliche kalte oder laue Priesnitz-Umschläge, in anderen Fällen wieder heisse Kataplasmen mit oder ohne Soole. Sie scheinen ihre wohlthätige Wirkung dadurch auszuüben, dass sie die Blutcirculation in den Beckenorganen beeinflussen.

Weiters kommt die Anwendung von medicamentösen Mitteln in Betracht, um gegen auftretende schmerzhafte Symptome vorübergehend einzuwirken.

Man kann durch die Anwendung derselben aber nur eine palliative, flüchtig vorübergehende Wirkung erzielen, und diese ist meistens sehr beschränkter Natur und nicht selten durch ihre nachtheiligen Nebenwirkungen in anderer Beziehung auf den Organismus in den meisten Fällen wohl nur auf ein Minimum zu beschränken.

In erster Linie finden die Brompräparate ihre Berechtigung durch ihre Eigenschaft, die Erregbarkeit der Nervencentren herabzumindern.

Dann kommt die tonisirende Wirkung des Chinins in Betracht; es bewährt sich am meisten noch bei Schmerzen, die den Charakter von Neuralgien darbieten.

Die Präparate der Valeriana sind ebenfalls ein gutes nervenberuhigendes Mittel, namentlich bei gleichzeitig psychischen Aufregungszuständen.

Kann man die eigentlichen Narcotica auch in gewissen Fällen nicht immer ganz entbehren, so ist doch vor ihrer systematischen Anwendung sehr zu warnen. Sie sind nur in den äussersten Fällen zu verabreichen, und dann kommt zuerst das Codeïn in Frage, da es die Eigenschaft besitzt, keine Beeinflussung auf den Darm auszuüben wie das Opium, andererseits von vielen Kranken Morphium absolut nicht vertragen wird.

Unter diesen allgemeinen Massnahmen, theils durch Tonisirung und Kräftigung des Gesammtorganismus, theils durch Calmirung im allgemeinen der nervösen Beschwerden, erholen sich solche Kranke körperlich oft rasch, werden wieder resistenzfähiger und leiden im Rückschluss daran weniger durch das bestehende mehr oder weniger entwickelte Localleiden.

Ich komme nun aber auf jene Fälle zu sprechen, und ihre Anzahl ist keine geringe, in welchen die Behandlung des ursächlichen Genitalleidens und die Heilung desselben unumgänglich nothwendig ist. Es sind das jene Fälle, bei denen wir selbstverständlich genau durch sorgfältige lange Beobachtung und bestimmte Diagnose die alleinige Ursache von störenden Reflexerscheinungen im vorhandenen Genitalübel zweifellos zu suchen haben, und bei denen derartige Erscheinungen nervöser Störungen vorhanden sind, dass die Beseitigung des Localleidens in jedem Falle nothwendig und eine gynäkologische Behandlung bestimmt indicirt ist.

In derartigen Fällen darf selbst eine vorübergehende Verschlimmerung des allgemeinen Nervenzustandes durch eine Localbehandlung nicht in Betracht gezogen werden.

Es ist daher speciell nebstbei eine allgemeine Behandlung, die auf Kräftigung des Nervensystems hinzielt, erforderlich, die entweder gleichzeitig mit der Localbehandlung einhergehen kann, oder im Anschluss an dieselbe. Wie wir gesehen haben, entstehen in der Mehrzahl der Fälle Reflexneurosen im Gefolge chronischer, meist schon abgelaufener Entzündungsprocesse im Becken. Gegen diese Reste selbst bedeutender abgelaufener Entzündungen richtet sich der ganze Apparat der die Resorption befördernden Mittel und Curen; sind diese Entzündungsreste noch weicherer Consistenz und nicht hoch oben im Becken gelegen, so können sie dadurch günstig beeinflusst werden.

Auf harte, alte Reste früherer Entzündungen, sowie auf fixirte Lageveränderungen haben Jodeinpinselungen und medicamentöse Tampons wohl nur eine geringe Wirkung.

Die Hauptwirkung der letzteren scheint mir in vielen Fällen in der durch sie bewirkten mechanischen Dehnung zu liegen, die sie ausüben.

So z. B. bei den scheinbar fixirten Retroversionen, die nur bedingt sind durch Verkürzung und theilweise Drehung der seitlichen Aufhängebänder.

Solche scheinbar bei der ersten Untersuchung fest fixirte, unbewegliche Uteri werden mobil und lassen sich oft leicht redressiren, wenn die Spannung in den verkürzten Aufhängebändern beseitigt ist. Allein diese Dauerzerrung wird von manchen, namentlich nervös leicht reizbaren Kranken nicht vertragen und wirkt auf sie so irritirend, dass sie selbst den Tampon entfernen.

Eine hervorragende Stelle in der Behandlung gerade dieser subacuten Erkrankungsformen scheint mir die Balneotherapie einzunehmen, die direct auf diese Residuen von Erkrankungen jüngeren Datums einzuwirken im Stande ist, und deren Wirkung ich aus eigener Beobachtung in zahlreichen Fällen zu constatiren in der Lage war.

Ich habe von dieser Therapie allein nachhaltige Besserung des Localleidens und damit Hand in Hand gehend die Verminderung, resp. das Verschwinden von Reflexerscheinungen, namentlich wenn selbe noch nicht sehr ausgebildet sind, gesehen und ich halte mich nach siebenjähriger Praxis an einer balneotherapeutischen Station berechtigt, über diesen Punkt ausführlicher zu sprechen, und die Wirkung dieser Therapie allein (bei Ausschluss jeder gynäkologischen Localbehandlung), namentlich bei exsudativen Erkrankungen jüngeren Datums (1—2 Jahre) zu beleuchten.

Es sind das in erster Linie die schon lange vor dem Entstehen der modernen Gynäkologie und den modernen Untersuchungs-

methoden von genitalkranken Frauen aufgesuchten und erfolgreich gebrauchten Moorbäder, die durch ihre Wirkung längst bekannt, sich durch erfolgte Heilungen gynäkologischer Leiden einen Weltruf verschafft haben.

Nach meinen eigenen Beobachtungen komme ich zu dem Schlusse, dass die Hauptwirkung heisser, stark concentrirter Moorbäder auf entzündliche chronische Processe auf Folgendem beruht:

Heisse, concentrirte Moorbäder (29—30° R.), und nur in dieser Temperatur und Consistenz allein, bewirken eine gesteigerte starke arterielle Congestion zu den Innerorganen und speciell zu den Beckenorganen, da selbe das betreffende Agens am vollständigsten umhüllt.

Diese künstlich hervorgerufene arterielle Congestion, durch Temperatur und Concentration regulirbar, bedingt zwei wichtige therapeutische Wirkungen:

Die erste Wirkung besteht darin, dass die Gewebe und Organe stärker congestionirt und mehr durchfeuchtet werden; es werden daher consecutiv auch die mehr oder weniger harten Reste davon betroffen und erweicht.

Die zweite Wirkung und Folge dieser künstlichen abnormen Congestion ist ein folgendes gesteigertes Abströmen des venösen Blutes aus den in venöser Stase sich befindlichen Beckenorganen. Also lebhaftere, gesteigerte Circulation in den sonst trägen Blutlauf des Beckens.

Auf diesen zwei Momenten beruht meiner Ansicht nach hauptsächlich die Wirkung heisser, concentrirter Moorbäder bei chronischen exsudativen Erkrankungen im Beckenraume.

Diese Annahme bestätigt auch die Beobachtung.

Patienten mit Resten chronischer exsudativer Entzündungsprocesse in den Beckenorganen klagen nach Gebrauch von 10—12 heissen, concentrirten Moorbädern über vermehrte Schmerzen, selbst alte, oft schon vergessene Stellen von Schmerzhaftigkeit werden wieder gefühlt; es tritt lebhaftere, oft sehr copiöse Secretion von Seite des Uterus ein.

Deshalb sind solche Patienten auf das Eintreten dieser Symptome vorher aufmerksam zu machen, da sie sonst durch das Auftreten derselben ängstlich werden und ein beginnendes Recidiv befürchten. Zu dieser Zeit treten auch bestehende Reflexneurosen mehr in den Vordergrund, gerade so wie zur Zeit der Menstruation. Untersucht man zu dieser Zeit die Kranke, so findet man die Organe und Gewebe geschwellter, die schmerzhaften Punkte weicher, die Parametrien succulenter und elastischer, aber zugleich druckempfindlicher.

Ich habe bei solchen Kranken, die an Resten alter chronischer exsudativer Entzündung leiden, mit der vielfach bestehenden überlieferten altmodischen Verordnung von mittelwarmen Moorbädern, die meist einem ängstlichen Standpunkte entspringt, vollständig gebrochen, und nicht zum Schaden meiner Patienten. Wer die gynäkologische Untersuchung beherrscht, der unterscheidet eine congestionirte, aufgelockerte, weicher werdende, sich im Volum vermindernde Exsudatmasse von einem beginnenden Recidiv. Die durch diese künstliche Congestion hervorgerufene Erweichung mit der nothwendigen folgenden Erscheinung von Irritament ist dann prognostisch ein günstiges Zeichen und weder für die Kranke, noch für den Arzt etwas beängstigendes. Diese künstliche Congestion der Beckenorgane kann je nach dem mehr oder weniger torpiden Charakter der bestehenden Reste von exsudativen Processen noch gesteigert und seine Dauer verlängert werden durch Application heisser Moorcompressen.

Die Wirkung dieser Kataplasmen in Bezug auf Congestion der Beckenorgane ist zuweilen so marcant, dass sämmtliche schmerzhafte Stellen der erkrankten Organe, ich möchte sagen congestionirt gefühlt werden, indem sich während der Dauer der Application dieses Kataplasmas und selbst einige Stunden noch nachher ein unangenehmes, bis schmerzhaftes Pulsiren, Pochen, Stechen etc. in den betreffenden Partien einstellt. Bei Herannahen der Menses, die durch diese congestive Erregung meist früher auftreten, muss diese Therapie gänzlich ausgesetzt werden, da man leicht bei Ausserachtlassen dieser Vorsichtsmassregel unangenehme, selbst bedrohliche Erscheinungen congestiver Natur herbeiführen könnte.

Ein weiteres balneotherapeutisches Mittel von ganz bedeutendem Einfluss auf solche chronische Entzündungsprocesse, namentlich bei narbigen Schrumpfungsprocessen im Beckenbindegewebe, ist die permanente Irrigation, speciell mit Mineralwässern, die Salze führen, die den Vaginalschleim lösen und coaguliren und dadurch zugleich die erkrankte Vaginalwand direct treffen.

Die Anwendung permanenter Irrigation, ich meine damit Wassermengen über 10 Liter und Temperaturgrade bis zu jener Höhe, die die Patienten ohne üble Nebenwirkung vertragen, sind ebenfalls von ausserordentlichem Einfluss auf die Beckencirculation und auf pathologische Veränderungen des Bindegewebes, namentlich des Beckenbodens.

Bei der Anwendung dieses gewiss sehr kräftig local wirkenden Mittels muss jedoch genau individualisirt werden in Bezug auf den Charakter der Genitalerkrankung und auf die specielle Toleranz der Kranken diesem therapeutischen Mittel gegenüber, denn ich habe

gefunden, dass gerade Patienten mit sehr leicht erregbarem Nervensystem lange andauernde Vaginaldouchen hoher Temperatur sehr selten ertragen, ohne dass allgemein nervöse Reizzustände, Schlaflosigkeit etc. eintreten und dieses sehr wirksame Unterstützungsmittel zur Aufsaugung exsudativer Processe im Becken aufgegeben werden muss.

Unter Anwendung dieser allgemeinen rein balneotherapeutischen Therapie verkleinern sich Reste exsudativer Processe leichteren Grades, deren Bestehen nicht an jahrelange Dauer gebunden ist, oft auffallend rasch, sie werden congestionirt, erweicht, aufgelöst und schwinden und damit Hand in Hand gehend bessern sich oder verschwinden ebenfalls begleitende Reflexerscheinungen, namentlich jene, die unter dem Begriff Lendenmarksymptome zusammengefasst werden und von bestehenden Affectionen der Beckenorgane allein abhängig sind.

Es ist also diese rein balneotherapeutische Behandlung allein im Stande, Affectionen geringeren Grades und namentlich wenn das Leiden erst 1—2 Jahre besteht, derart zu beeinflussen, dass Exsudatreste vollständig aufgesaugt werden können und exsudative Localerkrankungen und etwaig schon bestehende Reflexerscheinungen vollständig zum Schwinden gebracht werden können.

Von weiterem sehr günstigen Einfluss auf den Gesammtorganismus, und von nicht zu unterschätzender Bedeutung, ist und wirkt nebenbei die Beeinflussung der Darmfunction durch glaubersalzhältige Mineralquellen; dazu kommt ferner noch die zu Hause oft nicht erreichbare Ruhe, die Abstinentia viri, der Einfluss auf die Psyche etc.

Allein es gibt Fälle exsudativer Erkrankungen, die, älteren Datums, durch diese balneotherapeutische Therapie allein wohl mehr oder weniger günstig beeinflusst, aber durchaus nicht gehoben werden können.

Ich komme nun auf die Behandlung zu sprechen, die, meiner Ansicht und Erfahrung nach, allein geeignet ist, derartige im Becken sich vorfindende exsudative Processe alten Datums zur Heilung zu bringen, und zwar chronische Affectionen von selbst jahrelangem Bestehen, die einerseits stabile Lageveränderungen des Uterus, der Ovarien, der Tuben, Verzerrungen der Blase und des Darmes geschaffen haben, andererseits mit narbiger Verkürzung im Beckenbindegewebe einhergehen und die Hauptquelle nervöser Reflexerscheinungen bilden.

Es ist das die von mir im Jahre 1887 in die gynäkologische Therapie [1]) eingeführte, aus Schweden importirte manuelle Behandlung chronischer exsudativer Krankheitsprocesse der weiblichen Beckenorgane, heute allgemein unter dem Namen gynäkologische Massage bekannt.

[1]) Profanter, Die Massage in der Gynäkologie. Wien 1887.

Keine andere Untersuchungsart bimanueller Palpation der weiblichen Beckenorgane ist im Stande, so klare Vorstellungen über das vorhandene Leiden zu schaffen und selbst minutiöse Veränderungen zu diagnosticiren, als gerade diese Art von Behandlungsmethode, da sie ja in einer fortwährenden Durchtastung der Beckenorgane bedingt ist, denn feiner, genauer und detaillirter muss ja derjenige tasten, der ein fixirtes Ovarium, z. B. aus Verlöthungen losmacht, als derjenige, der das fixirte Ovarium diagnosticirt.

Durch sie allein sind wir im Stande, die der gewöhnlichen Palpation oft nicht zugänglichen, erst im Verlaufe der Behandlung dem Tastgefühl zugänglich gemachten, oft isolirten, circumscripten schmerzhaften Partien und Stellen, durch Verwachsungen oder Verlagerungen der Nachbarorgane verdeckt, aufzufinden und dann zu beseitigen.

Diese Therapie hat demnach ihre Berechtigung, wenn es sich handelt um Loslösungen fixirter Organe, Dehnung von narbig geschrumpften Bindegewebsmassen in den Parametrien, Beseitigung von Auflagerungen entzündlicher Art im Beckenperitoneum etc.

Es ist ja eine landläufige laienhafte Auffassung, dass unterleibskranke Frauen vollständig gesunden, wenn sie gravid werden und ein reifes Kind austragen.

„Die Frau braucht nur ein Kind zu bekommen," heisst es.

Diese naive Auffassung von Spontanheilung, möchte ich sagen, ist aber für viele gynäkologische Leiden, speciell jener Formen chronisch-exsudativer Affectionen der weiblichen Genitalien, sehr richtig; denn der natürliche Verlauf der Gravidität bringt diese beiden gleichen therapeutischen Mittel mit sich.

Die gesteigerte Congestion bedingt consecutive Durchfeuchtung und Erweichung der chronisch infiltrirten Stellen und Partien und zugleich dehnt der activ wachsende Uterus die verkürzten, geschrumpften oder narbig degenerirten Bänder, löst perimetritische Adhäsionen geringeren Grades etc. und bringt sie zum Schwinden.

Bestehen jedoch Fixationen und krankhafte Veränderungen derart, dass der sich vergrössernde, wachsende Uterus selbe nicht mehr überwinden kann, dann wird die nothwendige Folge die Ausstossung des Eies sein.

Diese Spontanheilung der Natur kann durch die beiden oben beschriebenen therapeutischen Mittel künstlich ersetzt werden.

Moorbäder in Verbindung mit Massage wirken also im gleichen Sinne.

Es entsteht ebenso Congestion mit folgender Erweichung. Durch das active manuelle Dehnen von Verkürzungen in den Parametrien und Loslösen von Verwachsungen etc. sind wir aber im Stande,

Affectionen zu beheben, die der wachsende gravide Uterus eben nicht mehr zu überwältigen fähig ist.

Es gibt aber ausser diesen alten abgelaufenen, mit Adhäsionsbildung oder Schrumpfung der Gewebe einhergehenden Processen eine andere, sehr häufig vorkommende Erkrankung der weiblichen Beckenorgane, die ebenfalls Reflexerscheinungen bedingt, deren Therapie jedoch nur zum Theil der conservativen Methode zuzurechnen ist.

Es sind das die entzündlichen Adnexerkrankungen, die auf gonorrhoischer Infection beruhen und meist mit deutlicher charakteristischer Veränderung der Tuba einhergehen.

Es ist das die palpirbare charakteristische Verdickung am Isthmus der Tuba.

Diese Verdickung findet sich entweder in Form eines derben, frontal gestellten, vom Uterus ausgehenden Stranges oder in Form des zuerst von Schauta klinisch nachgewiesenen Knotens am Isthmus (Salpingitis istmica nodosa).

Die Therapie dieser entzündlichen Adnexerkrankungen hat Schauta in seinem Referat „Über die Indicationen, Technik und Erfolge der Adnexoperationen“ gelegentlich der Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Breslau 1893 besprochen und selbe genau präcisirt:

„Die Therapie der entzündlichen Adnexerkrankungen theilt sich naturgemäss in eine conservative und eine radicale.

Die conservative Therapie hat ihre Berechtigung in allen Fällen, in denen die Symptome keine drängenden sind, ein längeres Zuwarten gestatten und die anatomischen Veränderungen nicht solche sind, dass sie eine radicale Therapie fordern.

In dieser Richtung scheint mir den ersten Platz in der Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen die Massage zu verdienen.

Sie eignet sich nur für Fälle, in denen leichte Schwellungen und Verdickungen der Tuba bis zu Rabenfederkieldicke oder weniger darüber bestehen, jedenfalls aber keine Eiteransammlungen vorhanden sind.

Das trifft nun aber bei einer grossen Zahl der Fälle, welche uns zur Behandlung zukommen, zu; unter 1130 meiner Beobachtung von entzündlichen Adnexerkrankungen gehören 352, d. i. 31·1%, dieser Art an, welche alle der Massage, mit oder ohne gleichzeitige Badebehandlung, unterworfen wurden.

Ich bin nicht in der Lage, Ihnen verlässliche, statistische Zahlen über die Erfolge dieser Behandlung zu geben, doch kann ich sagen,

dass die Resultate bei richtiger Auswahl der Fälle und richtiger Ausführung sehr gute sind und ich in keinem Falle einen Misserfolg oder Unglücksfall zu beklagen hatte.

Ich erachte die Indication für die Operation gegeben, beim Zusammentreffen schwerer Symptome mit gewissen anatomischen Veränderungen, von denen erfahrungsgemäss anzunehmen ist, dass bei ihnen eine dauernde Rückbildung zur Norm nicht mehr zu erwarten ist.

Ich muss annehmen, dass, wenn eine Tuba infolge chronischer Entzündung die Dicke eines Fingers erreicht hat, die dauernde Rückbildung zur Norm ausgeschlossen ist.

Ich sage ausdrücklich „dauernde" Rückbildung, denn es kommt bei Hydro- und auch bei Pyosalpinx vor, dass vorübergehende Entleerung des Sackes den Tumor verschwinden lässt, der aber nach kürzerer oder längerer Zeit wiederkehrt."

In diesen Fällen hat die Massage also nur die Aufgabe, die Adhäsionen, die die Functionen der betreffenden Organe stören, zu beseitigen.

Es ist vielleicht hier der Platz, neuerdings, so wie in meiner ersten Arbeit über diesen Gegenstand, zu betonen, und wie B. S. Schultze in der betreffenden Vorrede meiner Arbeit ebenfalls ausdrücklich hervorhebt, dass diese Behandlungsart eine ungemein genaue, ins Detail gehende Palpationsdiagnose voraussetzt, und dass die Behandlung gerade solcher Erkrankungsformen bei nicht geschulter Technik ein ziemlich gefährliches Unternehmen sein kann.

Es ist eigenthümlich, aber psychologisch sehr leicht erklärbar, dass Ärzte, die durch eigene Schuld gerade in solchen Fällen schlechte Resultate erzielt haben, deshalb die ganze Methode abfällig beurtheilt haben und Gegner dieser Therapie geworden sind.

Die Castration, d. h. die Entfernung normaler Ovarien in der Absicht, einen vorzeitigen Klimax zu schaffen und dadurch nervöse Störungen dauernd zu beseitigen, wenn solche auch nachweisbar mit der menstrualen Congestion im Zusammenhang standen (schwere Formen von Hysterie, menstruale Psychosen), hat die erhofften Erfolge nicht erbracht, obwohl einige Fälle von consecutiver Heilung berichtet worden sind.[1])

Nur in Fällen, wo es sich um derartige Alterationen und anatomische Veränderungen der Ovarien und der Adnexa überhaupt, sowie des Uterus handelt, die jeder anderen Therapie vollkommen

[1]) Falz, Westph. Gesellschaft f. Psychiatrie. 1884.

unzugänglich sind, und die derartige schwere, lästige Symptome von nervösen Reflexerscheinungen darbieten, dass das Leben in dieser Form unerträglich geworden ist, ist die directe Entfernung (Castration), resp. Totalexstirpation das einzig übrigbleibende Mittel und hat die volle Berechtigung. In diesem Sinne allein ist die Castration bei Neurosen indicirt.

„Die Castration ist bei einer Neurose, welche abhängig ist von einer pathologischen Veränderung der Senalorgane, dann indicirt, wenn andere Behandlungsweisen ohne Erfolg angewandt worden sind, oder in solchen durchaus nichts erwarten lassen. Das Leiden muss lebensgefährlich sein, oder die psychische Gesundheit entschieden gefährden, oder jede Beschäftigung und jeden Lebensgenuss unmöglich machen. Die Ursache der Neurose muss durch die Operation entfernt oder ein ursächlicher Factorus dadurch weggeschafft werden, ohne dessen Beseitigung an eine Heilung oder Besserung nicht gedacht werden kann. In letzterem Falle sollen die übrigen ätiologischen Momente ebenfalls der Therapie zugänglich sein.“ (Hegar.)

Gelingt es, durch diese Operation alles Krankhafte, den ganzen reflexauslösenden Reizherd zu entfernen, so können Reflexerscheinungen zum Schwinden gebracht werden.

Bleiben jedoch Theile dieser reizbaren, Reflexneurosen auslösenden Partien zurück, oder gehen Reflexneurosen von anderen umliegenden Partien im Bindegewebe z. B. aus, so bleiben selbe selbstverständlich trotz ausgeführter Operation weiter bestehen.

Immerhin ist wichtig, dass derartige Operationen, um Reflexneurosen sicherer zur Heilung zu bringen, womöglich frühzeitig zur Ausführung kommen, da schwere Störungen nervöser Natur, auch wenn sie ganz bestimmt ursprünglich von einem Genitalleiden ausgiengen, im Laufe der Zeit wahrscheinlich eine tiefgreifende organische Störung im Nervensystem hervorbringen und vielleicht zu einem selbständigen Krankheitsprocess für sich geworden sind, mehr oder weniger unabhängig von der primären Ursache ihrer Entstehung, von der Genitalaffection.

Nach dieser kurzen Abschweifung, die Therapie der Reflexneurosen im allgemeinen zu besprechen, komme ich auf das eigentliche Thema vorliegender Arbeit zurück und gebe im Folgenden, der Vollständigkeit halber, die Casuistik der wenigen beschriebenen Fälle von Reflexhusten bei gynäkologischen Erkrankungen, soweit ich selbe in der mir zugänglichen Literatur vorfinden konnte, und zwar zuerst die Fälle, bei denen das Auftreten dieser Neurose durch physiologische Vorgänge im weiblichen Geschlechtsleben bedingt ist.

Auftreten von Reflexhusten während der Menstruation. (Müller.[1])

Patientin, 24 J. alt, mit 14 Jahren menstruirt. Die Menses traten stets regelmässig ein. Die Kranke gibt an, dass seit 2 Jahren regelmässig 8 Tage vor jeder Menstruation sich eine Hustenepoche einstelle; der Husten ist trocken, kommt in Intervallen und ist ihr sehr lästig. Namentlich treten die Hustenanfälle des Morgens auf und folgen sich in Intervallen zu je einer Viertelstunde, dauern dann den ganzen Tag über an und verlieren sich im Laufe der Nacht, bei eintretender menstrualer Blutung hört der Husten mit einem Schlage auf, ebenso ist die Zeit zwischen zwei Perioden vollständig hustenfrei. Obwohl die Patientin gar kein Symptom einer „Hysterica" bietet, wurde sie doch von anderer Seite als Hysterica behandelt, aber ohne jeden Erfolg.

Im übrigen zeigt sie einen blühenden Gesundheitszustand und es liess sich auch nicht die leiseste Annahme für Tuberculose rechtfertigen.

---

[1]) Müller, „De la toux utérine." Thèse. Paris 1887.

Zwei weitere Beobachtungen von Uterinhusten während der Menstruation. (Müller.)

Die Krankengeschichte berichtet über zwei Schwestern, die eine 21, die andere 24 J. alt, die vor jedem Eintritt der Menstruation an einem ganz eigenthümlichen Husten leiden. Dieser Husten tritt ein oder zwei Tage vor dem Erscheinen der Blutung auf und dauert während der ganzen Menstruationszeit. Er tritt nicht in Form von charakteristischen Hustenattaquen auf, aber es besteht ein fortwährendes Hüsteln bis gegen Abend. Dieser Husten ist äusserst oberflächlich und von gar keiner Expectoration begleitet. Dieses lästige Auftreten von Hustenanfällen war der Grund, einen Frauenarzt zu consultiren, nachdem sie früher schon gegen Hysterie und Tuberculose andererseits behandelt wurden. Die Kranken boten ein vollständig normales Ansehen, keine hereditäre Belastung, nie Auftreten von hysterischen Erscheinungen, endlich in der Zeit zwischen beiden Regeln niemals Hustenanfälle. Befund der Brustorgane negativ. Untersuchung ergab keine nachweisbare Veränderung der Genitalapparate.

Reflexhusten während der Menses. (Müller.)

17jährige Virgo, mit 14 Jahren menstruirt. Regel stets unregelmässig, durch die Anamnese keine vorhergegangene Krankheit nachweisbar. Die anämische Kranke zeigt in verschieden langen Zwischenräumen das Symptom des uterinen Hustens. Ihre Umgebung beunruhigt, fürchtete Beginn von Tuberculose. Die sehr minutiöse Auscultation ergab keinen Anhaltspunkt für Tuberculose, man konnte dagegen vielleicht nur ein hysterisches Anzeichen annehmen, obwohl die Pat. auch nach Aussage ihrer Mutter nie Anzeichen von Hysterie darbot. Das weitere, sehr eingehende mündliche Krankenexamen ergab, dass diese Hustenanfälle zusammenfallen mit dem Erscheinen der Menses, denen sie einige Tage vorausgehen und selbe begleiten, wodurch die Diagnose auf Reflexhusten gedeutet wurde.

Uterinhusten während der Schwangerschaft. (Müller.)

Zwanzigjährige Kranke. Keine vorhergegangenen Erkrankungen. Es boten sich nie hysterische Erscheinungen dar. Sofort bei Auftreten der Schwangerschaft stellt sich ein trockener, häufiger, periodischer Husten ein, begleitet von Inspirationskrämpfen. Diese Anfälle widerstanden jeder eingeleiteten Behandlung, hörten aber im 7. Monat von selbst auf und erschienen von da an nie mehr wieder. Die Untersuchung der Brustorgane ergab vollständig negativen Befund.

Uterinhusten, bedingt durch Metritis. (Aran, Leçons sur les maladies de l'utérus.)

Es handelte sich um eine junge Frau aus der Provinz, die an Hustenanfällen litt, und da ihre Familie an eine tuberculöse Erkrankung dachte, brachte man sie nach Paris. Aran untersuchte aber die Kranke, da ihm der Husten als Reflexneurose vorkam. Und diese Annahme bestätigte sich, denn es fand sich eine Metritis mit leichtem Ausfluss. Die Beseitigung der Metritis brachte auch den Husten vollständig zum Schwinden.

Uterinhusten, bedingt durch linksseitige Anschwellung in den Adnexen. (Nonat, Traité des maladies de l'utérus, Ire édit.)

Die 19jährige Kranke, in die Charité aufgenommen, gibt an, mit 19 Jahren menstruirt zu haben und in kurzer Zeit darauf stellten sich Schmerzen in der linken Seite ein, die sich in letzterer Zeit verschlimmerten, auch die Regel wurde unregelmässig und sehr schmerzhaft. Seit einem Jahre nun leidet die Patientin an Hustenanfällen, die die charakteristischen Symptome eines Reflexhustens darbieten. Sie wurde schon von verschiedener Seite und mit den verschiedensten Mitteln behandelt ohne jeden Erfolg. Die Patientin bot bei ihrer Aufnahme sehr heftige, rasch aufeinander folgende krampfähnliche Hustenanfälle dar, die Untersuchung der Brustorgane ergab keine Erkrankung dieser Organe. Patientin klagt über Schmerzen links im Unterleibe. Bei äusserem Druck steigern sich diese Schmerzen und strahlen gegen die Hüfte, gegen den Rücken und in das linke Bein aus. Die Untersuchung per rectum ergab einen antevertirten Uterus und eine Anschwellung im linken breiten Bande. Weitere Symptome dieser Genitalerkrankung waren Reflexerscheinungen von Seite der Blase, des Darmes und des Magens. Die Menstruation ist ungeheuer schmerzhaft. Die Hustenanfälle nehmen einige Tage vor dem Eintritt der Regel jedesmal an Intensität zu, bei Eintritt der Blutung stellte sich regelmässig Verminderung und Nachlassen dieser Reflexerscheinung ein. Die Localbehandlung des gynäkologischen Leidens besserte dasselbe und zugleich verminderten sich auch die Hustenanfälle, und nach Verlauf von einigen Monaten zugleich mit der Heilung der Erkrankung der linken Adnexa hörte dieser Reflexhusten vollständig auf.

Uterinhusten, bedingt durch Metritis. (Nonat.)

15½jährige Kranke. Mit 11 Jahren menstruirt, stellten sich bald nachher, wahrscheinlich infolge von Erkältung während der

Menstruation, Schmerzen im Unterleibe ein, und zwar mehr links. Ebenso traten leichte Blutungen ausser der Zeit ein. Seit drei Jahren verschlimmerten sich diese Zustände trotz tonisirender Behandlung. In letzter Zeit traten Schmerzen in der Herzgegend auf, begleitet mit Palpitationen und dyspnoëischen Anfällen. Man glaubte zuerst an eine Endocarditis und behandelte die Patientin daran. Es gesellten sich ferner Intercostalneuralgien hinzu. Nach einiger Zeit verschwanden alle diese Symptome und an ihre Stelle trat ein nervöser, krampfartiger Husten, der weder durch Opiate noch alle anderen möglichen antispastischen Mittel zu bekämpfen war. Als Nonat die Kranke sah, sprach er den Verdacht aus, dass diese nervösen Störungen als Reflexe vom Unterleibe ausgehen könnten, denn es bestand Ausfluss, Schmerzen im Leibe, im Rücken und in der Extremität und alle diese Beschwerden steigerten sich bei jeder Menstruation. Die Kranke wurde dieses Reflexhustens mit Besserung des gynäkologischen Leidens los.

Reflexhusten bei Perimetritis mit consecutiver Dextropositio uteri. (Nonat.)

22jährige Kranke, ebenfalls in die Charité aufgenommen, gibt an, mit 17 Jahren normal menstruirt zu haben. Die Menses waren stets regelmässig, ohne Beschwerden. Mit 21 Jahren wurde sie schwanger und es folgte eine schwere Entbindung anschliessend mit fieberhafter Erkrankung, mit Schmerzen im Leibe. Seit der Zeit bestehen sehr schmerzhafte Menses, begleitet von grossen Blutverlusten. Ausserdem tritt ein trockener, die Patientin ermüdender Husten zu dieser Zeit auf, zugleich mit vollständiger Aphonie. Die Patientin zeigte niemals hysterische Erscheinungen, worauf Nonat eine besondere Betonung legt. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus vollständige Aphonie und periodisch eintretende Hustenanfälle. Auscultation und Percussion der Brustorgane ergaben negativen Befund. Unterleib gespannt, schmerzhaft auf Druck besonders rechts, von dort aus strahlen auch Schmerzen in den Rücken und in die Oberschenkel aus. Patientin muss liegen, da ihr sowohl das Stehen als auch das Sichaufsetzen schmerzhaft ist. Die Untersuchung, für die Patientien sehr schmerzhaft, ergibt eine rechtsseitige Perimetritis und bei Touchiren ausstrahlende Schmerzen im rechten Bein. Nach monatelanger Behandlung in der Charité gieng die perimetritische Entzündung zurück und im Anschluss daran hörte auch der Reflexhusten auf.

Uterinhusten, bedingt durch chronische Metritis. (Martineau, Maladies de l'utérus.)

Patientin leidet seit einem Jahre an einem trockenen, allen symptomatischen Behandlungsarten trotzenden nervösen Husten. Martineau fand eine chronische Metritis. Bei Behandlung dieses Leidens im Anschlusse von Immobilisirung des Uterus durch ein Pessar hörte die Reflexneurose auf. Wurde jedoch das Pessar entfernt, so traten sofort wieder die Hustenanfälle auf, die nur durch das Einlegen des Pessars schwanden.

Uterinhusten, bedingt durch ein Fibrom. Heilung durch Castration. Beobachtung von Schneider. (Referirt bei Müller.)

37jährige Kranke, die seit langem an einem Fibrom leidet und gleichzeitig an doppelseitiger Perioophoritis. Die Kranke leidet nebst den Symptomen dieser Erkrankungen an einem nervösen Husten, der sich namentlich zur Zeit der Menstruation an Intensität steigert, ebenso ist sein gesteigertes Auftreten im Zusammenhang mit Schmerzexacerbationen im Unterleibe bei Anstrengungen. Die Patientin wurde, einerseits um das Wachsthum des Fibroms zu beschränken, andererseits wegen der bestehenden doppelseitigen Perioophoritis, castrirt. Mit der Entfernung der Ovarien hörten gleichzeitig die Hustenanfälle auf.

Uterinhusten, bedingt durch Lageveränderung des Uterus. (Malachia de Christoforis. Ann. univ., mars 1875.)

23jährige Kranke, seit Jahren nutzlos gegen einen nervösen, krampfhaften und periodisch auftretenden Husten mit Opiaten und Antispasmodica behandelt, kam in die Behandlung. Die Kranke hatte vor zwei Jahren einen Abort im 3. Monat durchgemacht und anschliessend daran stellten sich Schmerzen in den Hüften ein, die sich beim Gehen und Stehen steigerten; ebenso bestand Ausfluss. Die Kranke ist in letzter Zeit sehr herabgekommen. Keine pathologischen Veränderungen der Brust und Kehlkopforgane. Es bestehen seit letzterer Zeit auch Neuralgien des Trigeminus. Die Hustenanfälle treten namentlich bei Tage auf, wenn die Patientin steht oder herumgeht, hören aber mit einem Schlage auf, wenn die Patientin eine horizontale Lage einnimmt. Die Patientin wird ebenfalls durch Blasenbeschwerden gequält. Die Untersuchung ergibt einen vergrösserten plumpen, durch entzündliche Processe stark anteponirten, anteflectirten Uterus. Nach Einlegen eines Hodge-Pessars und Immobilisirung des Uterus hörten

die Hustenanfälle vollständig auf. Jedesmal wenn das Pessar entfernt wurde, traten sofort wieder die Hustenanfälle auf, verschwanden aber wieder, wenn das Pessar eingeführt wurde. Erst nach einem Jahre war die Stellung des Uterus so gebessert und die entzündlichen Processe, die ihn in dieser falschen Lage hielten, durch die Wirkung des Pessars so weit gedehnt, dass die Patientin das Pessar entfernen konnte, ohne dass dieser Reflexhusten sich auslöste.

Uterinhusten, bedingt durch Retroflexio. (Pozzi.)

29jährige Kranke, aufgenommen im Spital Pascal, gibt an, mit $11^1/_2$ Jahren zuerst menstruirt zu haben. Mit 17 Jahren wurde sie schwanger, im 7. Monat trat eine Frühgeburt ein. Das Wochenbett war normal, im 20. Jahre fühlte sie Schmerzen im Leibe und in der Lendengegend, sowie äusserst heftige Schmerzen im Bereiche des Ovariums und allgemeine Ovarialneuralgien. Patientin klagt überdies ausser diesen schmerzhaften Symptomen über einen sie sehr quälenden nervösen Krampfhusten. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt keine Zeichen von Tuberculose. Die Untersuchung der Genitalien hingegen eine exulcerirte vergrösserte Portio und einen retroflectirten Uterus. Patientin wurde 6 Wochen lang im Hotel Pascal behandelt; Bäder, Glycerintampon etc. Die Metritis besserte sich, aber die Beschwerden dauern fort; es wurde dann ein Hodge-Pessar gelegt, welches für einige Wochen die schmerzhaften Reflexerscheinungen zum Schwinden brachte. Allein es traten wieder dieselben quälenden Erscheinungen auf. Patientin war arbeitsunfähig und kam wiederum ins Spital. Es wurde nun die Operation nach Alexander ausgeführt, der Uterus blieb in Anteversionsstellung und erst jetzt hörten die Hustenanfälle auf, sowie die anderen Reflexerscheinungen.

Reflexhusten, bedingt durch Anteflexio uteri, Metritis und Oophoritis chronica. (Hegar, Exstirpation des Uterus und der Eierstöcke durch Laparotomie. Wiener med. Presse 1877, Nr. 14—17.)

Der Fall betrifft eine 31jährige Dame, Virgo, die seit ihrem 17. Jahre an einem Reflexhusten litt. Anfänglich trat der Husten nur während der Menses auf. Patientin wurde mit allen möglichen Mitteln der gynäkologischen und medicamentösen Therapie jahrelang umsonst behandelt. Patientin kam endlich zu Hegar, es fand sich eine winkelsteife Anteflexio uteri mit Alterationen der Ovarien. Die Kranke war gänzlich herabgekommen, hatte andere Symptome von Reflex-

erscheinungen, überdies jedoch litt sie hauptsächlich an einem Tag und Nacht fortwährend andauernden Krampfhusten, der ihre Kräfte aufzureiben drohte. Ein Intrauterinstift behob sofort die Anfälle, die Entfernung desselben brachte sofort die alten Hustenanfälle zum Ausbruch. Hegar entschloss sich schliesslich zur Operation, da der Intrauterinstift nicht auf die Länge vertragen würde, und entfernte den Uterus (Amputatio supravaginalis) und die Ovarien, die sich, namentlich das linke, vergrössert und im Stroma alterirt zeigten; es bestanden nebenbei, wie es sich während der Operation herausstellte, Verwachsungen. Der Husten hörte auf.

Reflexhusten, bedingt durch Metritis, Senkung und Anteversio uteri. (Tripier, Leçons de forme et de situation de l'utérus. Paris 1874.)

Tripier, erwähnt in seiner Arbeit obigen Titels (pag. 87, Observat. XII und XIII) Fälle von Reflexhusten, der mehrere Jahre (1—6) bestand. Es handelte sich hauptsächlich um Lageveränderungen.

Tripier hat den faradischen Strom nebstbei in Anwendung gebracht, um die Heilung zu erreichen.

Beobachtung von Engelmann. Reflexhusten bei einem Mädchen. (Transactions of the american gynecological Society. Vol. II. 1877.)

Unter Aufzählung anderer Hystero-Neurosen wird über Reflexhusten bei einem Mädchen berichtet. Entfernung der Ovarien nach Battey. Tod einige Tage nach der Operation. Die Section ergab negativen Befund der Brustorgane.

Dieser aus der Literatur zusammengesuchten sehr spärlichen Casuistik möchte ich zwei weitere Fälle eigener Beobachtung zufügen, die einerseits darin sich unterscheiden, dass es gelang, den Reizherd genau zu finden und die Neurose als Reflexneurose dadurch bestimmt zu diagnosticiren, indem durch die Berührung des Reizherdes jedesmal prompt der bestimmte, immer gleiche Reflex ausgelöst wurde, andererseits die Behandlung und Heilung eine neue Therapie darstellt.

Beobachtung aus dem Jahre 1890.

40jährige Dame, Russin, zart organisirt, mentruirt mit 12 Jahren. In der Jugend anämisch, schwächlich, mit 19 Jahren verheiratet.

Die erste Geburt normal, die zweite, zwei Jahre später, mit Fieber im Wochenbett complicirt. Seit dieser Zeit besteht ein Unterleibsleiden. Starke Menses, Fluor. Seit Jahren bestehen Neurosen, den Lendenmarkssymptomen angehörig. Stechen und Schmerzen in den Hüften, im Kreuz und in den Beinen; Unmöglichkeit länger zu stehen oder zu gehen. Allmählich entwickelte sich consecutiv bei der ohnehin gracilen und schwächlich constituirten Kranken ein allgemeiner Schwächezustand, Appetit und Schlaf sehr mangelhaft. Seit 5 Jahren besteht nun ein quälender Husten; anfangs nur zur Zeit der Menses deutlicher hervortretend, wurde derselbe im Laufe der Zeit, namentlich in den letzten Jahren, in Bezug auf seine Anfälle frequenter und für Patientin und Umgebung äusserst lästig und beunruhigend. Patientin wurde früher jahrelang mit medicamentösen Tampons, Scarificationen, Jodpinselungen etc. behandelt, ohne jeden Erfolg. Obwohl keine pathologische Veränderung der Brustorgane nachweisbar war, wurde Patientin wegen „schwacher Brust“ nach dem Süden geschickt, wo sie 4 Jahre blieb. Die Kranke kam im Sommer 1890 in meine Beobachtung.

Genitalbefund: Chron. Metritis und Endometritis, chron. Parametritis bilateralis et posterior, namentlich rechts. Perioophoritis dextra. Rechtes Ovarium liegt im Douglas und ist dort adhärent. Linkes Ovarium zwar vergrössert, aber frei beweglich. Keine nachweisbare Tubenaffection.

Patientin ist recht herabgekommen, schwach, Gehen oder langes Stehen ganz unmöglich, ebenso Stiegensteigen; die Kranke liegt beständig in einer Chaiselongue oder fährt in einem Rollstuhl. Allgemeinzustand dementsprechend. Patientin klagt über Schmerzen in den Beinen, Hüften, Rücken, leidet an typischen Migräne-Anfällen, Dyspepsie, Obstipatio, schlechtem Schlaf, allgemeiner Nervosität. Namentlich aber quält und ängstigt sie der bestehende Husten.

Therapie: Allgemeinregime, Regelung und Sorge für kräftige Ernährung, Trinkcur (Glaubersalz führende Eisenquellen), Stahlbäder, mitteldichte kühle Moorbäder (26—27°), keine gynäkologische Behandlung. Allgemeinbefinden besser, Patientin fühlt sich kräftiger, kann ganz kurze Strecken gehen, Psyche mehr gehoben, Schlaf und Verdauung sehr gebessert, ebenso die Symptome der Genitalaffection etwas gebessert.

Patientin verbringt den kommenden Winter im Süden, kommt Sommer 1891 wieder in meine Behandlung. Allgemeinzustand besser, Patientin fühlt sich kräftiger. Nervenzustand im allgemeinen befriedigender.

Therapie: Ausser Allgemeinregime heisse Moorbäder, dann nach erfolgter Erweichung der Stellen zuerst Lösung des rechten Ovariums und Dehnen der Parametrien. Es zeigt sich nun während dieser Behandlung, dass bei stärkerem Zug oder Druck im Bereiche des rechten Ovariums, das mit seinem unteren Pol angeheftet im Douglas liegt, sich Brechreiz, Würgen und Hustenanfälle auslösen. Namentlich lösen sich sehr stark markirt diese Reflexe aus, wenn die ganze Partie von der Scheide aus gehoben wird. Nach Loslösen des rechten Ovariums zeigte sich aber, dass der reflexauslösende Reizherd nicht vom verlagert gewesenen Ovarium ausgeht, sondern von einem exsudativen Processe im Parametrium in der rechten Seitenwand des Douglas'schen Raumes. Berührung oder Druck auf eine ganz bestimmte, als circumscripte härtere, infiltrirte Stelle durch Palpation nachweisbar, löst nach Belieben jedesmal Hustenanfälle aus, die aber ganz eigenthümlich, stossweise, ein Hustenstoss den andern überholend, sich einstellen. Zugleich entsteht Brechreiz und Schmerz in der Magengrube. Da die Stelle des Reizherdes in diesem Falle so isolirt und deutlich der Palpation zugänglich sich darstellte, so möchte ich versuchen, dieselbe anatomisch näher zu bezeichnen. Die Fascia pelvina senkt sich zwischen Mastdarm und Uterus in den Douglas'schen Raum, tritt aber an den Seiten der genannten Organe zugleich in die Höhe und begrenzt so den Douglas'schen Raum seitlich. Sie bekommt dadurch an letzterer Stelle eine ziemlich senkrechte Lage und nimmt erst rechts und links, am oberen Rande des Douglas'schen Raumes angekommen, wieder eine horizontale Lage an.

An der inneren Seite des senkrecht gestellten Theiles der Fascie und unmittelbar unter dem Peritoneum, also in der Seitenwand des Douglas'schen Raumes zieht der Plexus hypogastricus zum seitlichen Scheidengewölbe. Wie schon erwähnt, tritt ein Theil dieses Nervenzuges, und zwar der innere und obere, von da ab unmittelbar in den Hals der Gebärmutter, während der stärkere Zweig des Plexus hypogastricus in der Nähe des Halses der Gebärmutter die Fascie durchbohrt und sich in das auf der äusseren Seite der Fascia pelvina gelagerte Cervicalganglion einsenkt. Diese Stelle, wo an der Innenseite der senkrecht gestellten Wand der Fascia pelvina der Plexus hypogastricus vor seiner Theilung hart unter dem Peritoneum im Parametrium hinzieht, war durch parametritische Entzündungsprocesse chronisch infiltrirt und bildete dadurch den Reizherd; denn Zerrung oder Druck auf diese Partie reizte direct den wahrscheinlich durch perineuritische Processe alterirten Plexus hypogastricus dexter und es trat reflectorisch Husten und Brechreiz auf. Man konnte durch

isolirten Fingerdruck an dieser beschriebenen Stelle beliebig oft den Reflex auslösen, und gerade so, wie man die Alarmglocke einer Telegraphenleitung in Bewegung setzt, wenn man den Knopf des Tasters berührt. Die Beseitigung dieses parametritischen Plaques bestand in mechanischer Zerrung, Verreibung und Dehnung der ganzen rechtsseitigen Douglas'schen Falte, Moorbäder und permanente Irrigation. Die Stelle wurde nach und nach auf Druck und Zug unempfindlich. Die Reflexneurosen konnten auch auf starken Druck nicht mehr ausgelöst werden, der Husten hörte vollständig und dauernd auf.

Es gelingt somit, wenn man während einer längeren Massage-Behandlung alle Organe Partie für Partie detaillirt unter die Finger bekommt, die einzelnen Reizherde und oft nur ganz circumscripte, harte Stellen, Knoten aufzufinden, genau abzutasten, zu diagnosticiren und zu beseitigen. Es finden sich zuweilen ganz kleine, isolirte, harte, oft nur stecknadelkopfgrosse, aber äusserst schmerzhafte Punkte, Neurome, indem sie sich wie solche anfühlen und sich auch so verhalten.

Durch den Umstand, dass die Berührung gerade nur an diesen Punkten und Stellen, seien es dann grössere flächenartig geformte, entzündliche Auflagerungen, oder circumscripte kleine schmerzhafte Reizpunkte, jedesmal nur eine gewisse und ganz bestimmte und immer die gleiche Neurose auslöst, und ferner dadurch, dass man beliebig oft, willkürlich durch Druck oder Zug an einer ganz bestimmten Stelle immer dieselbe Erscheinung hervorrufen kann, wird die Diagnose auf Reflexneurose unleugbar festgestellt.

Ich habe Patienten mit zahlreichen Reflexneurosen in Behandlung gehabt, bei denen ich schliesslich Reflexneurosen verschiedener Art und in verschiedenen Körperpartien, nachdem ich die verschiedenen einzelnen isolirten, voneinander unabhängigen, räumlich oft nahestehenden Reizherde gefunden habe, nacheinander nach meinem Belieben auslösen konnte, je nachdem ich den einen oder den andern Reizpunkt berührte oder drückte: Schmerz im Bein, in den Hüften, im Rücken, in der Brust, Brechreiz, Würgreiz, Singultus, Husten, plötzliche Heiserkeit u. s. w.

Beobachtung aus dem Jahre 1891.

30jährige Dame, vom Hause aus mit neuropathischer Disposition belastet. Angeblich seit ihrer Pubertätszeit unterleibskrank. Menses immer mit Schmerzen verbunden. Heirat mit 19 Jahren. Kinderlose Ehe. Die Dame stand jahrelang in gynäkologischer Behandlung. Sie wurde behandelt mit medicamentösen Tampons, Jodpinselungen,

Scarificationen etc. Aufenthalt in verschiedenen Bädern brachte ebenfalls keine Besserung. Im Laufe der Zeit Auftreten öfterer Recidive, der Anamnese nach infolge von Erkältungen und anderer Unvorsichtigkeiten. Die Symptome des Genitalleidens verschlimmerten sich immer mehr. Auftreten verschiedener Reflexneurosen. Schmerzen in der unteren Extremität, namentlich links in der linken Hüfte, in der Kreuzbeingegend, in der linken Schulter. Zur Zeit, die mit der Menstruation zusammenfällt, Steigerung aller dieser Reflexerscheinungen, dazu kommt noch Brechreiz, Aufstossen und das Auftreten von Hustenanfällen um diese kritische Zeit. In letzterer Zeit half sich die Patientin mit narkotischen Mitteln weiter, da sie von gynäkologischer Behandlung überhaupt nichts mehr wissen wollte. Untersuchung ergibt: Chronische Metritis mit Perimetritis am Fundus uteri, Para-Perimetritis chronica, Uterus elevirt, nach hinten durch harte, verkürzte, chronisch infiltrirte parametritische Entzündungsprocesse der Douglas'schen Falten angezogen, liegt stark retroponirt, winkelsteif anteflectirt und ist in dieser Stellung immobil. Ovarien und Tuben leicht geschwellt.

Therapie: Ca. 20 heisse Moorbäder im Verlauf von 4 Wochen. Dann nach theilweiser Erweichung der Infiltrationsstellen nebstbei allmähliche Dehnung der parametritischen, den Uterus fixirenden Partien. Es gelingt mit der Zeit, den Uterus soweit beweglich zu machen, dass man mit ihm ziemliche Excursionen seitlich, nach vorne und nach unten ausführen kann. Allmähliches Nachlassen der Reflexerscheinungen im Bereiche der Lendenmarksymptome. Allein Reflexerscheinungen von Seite des Respirationstractus, namentlich der Husten, bestehen nach wie vor und treten in letzter Zeit zur Zeit der Menses gleich stark hervor. Da es mir nicht möglich war, den diesen Reiz auslösenden Herd im Bereiche der Genitalorgane speciell zu finden und durch Berührung oder Druck darauf gerade diesen speciellen Reflex auszulösen, so gieng ich daran, den Beckenraum in seiner ganzen Ausdehnung auszutasten.

Es fand sich ausser allgemein schmerzhaften Stellen einzelner Beckenmuskeln keine bestimmt hervortretende Stelle als reflexauslösender Reizherd.

Erst als ich längs des Os sacrum gegen das Promontorium hinauf die Concavität des Kreuzbeines abtastete, kam ich auf circumscripte, rundliche Partien, rosenkranzähnlich angeordnet, medianwärts der Kreuzbeinlöcher, die sich theils weich, theils hart anfühlten und bei Druck gegen den Knochen Reflexneurosen in Form von Brechreiz, Übelkeit, Magenschmerz, Zusammenschnüren im Halse und endlich Husten auslösten.

Man kann nur annehmen, dass perineuritische Processe an dieser Stelle einerseits den Ramus hypogastricus, anderseits die 4—5 jederseits median von den Kreuzbeinlöchern liegenden Sacralganglien des Grenzstranges des Sympathicus alterirt haben. Es gelang, diese entzündlichen perineuritischen Auflagerungen theilweise vollständig zu beseitigen. Einige Stellen blieben hart, sie wurden jedoch unempfindlich gegen Druck und man konnte keine Reflexerscheinungen mehr auslösen wie im Beginne durch Berührung. Die Reflexerscheinungen hörten auch für die Folge auf, ebenso der Husten.

Es ist somit dieser Fall auch in einer anderen Weise bemerkenswert, weil er zeigt, dass eine gynäkologische Untersuchung, die sich nur auf Palpation des Uterus und seiner Adnexa beschränkt, nicht immer im Stande ist, den Sitz schmerzhafter Affectionen im weiblichen Becken und von denen ausgehende Reflexneurosen zu diagnosticiren, und dass es nothwendig ist, den ganzen Beckenraum, soweit es eben möglich ist, auszutasten, wenn wir in den krankhaften Veränderungen der Genitalorgane, also Uterus, Ovarien etc., den Sitz des Reizherdes der bestehenden Reflexerscheinungen, die die Patientin meist mehr quälen als die Localerkrankung selbst, nicht vorfinden können.

So wie Reflexneurosen von Affectionen im Beckenraume ausgehen, so können oder müssen ähnliche Erscheinungen auch von ähnlichen Alterationen der Organe der Bauch- und Brustorgane ausgehen.

Soweit selbe noch speciell das gynäkologische Gebiet streifen, fallen sie unter die Symptome von Reflexneurosen, die von pathologischen Zuständen ausgehen, von erkrankten Organen, die dem Beckenraume näher liegen. Verklebung von Darmschlingen im Beckenraum, Verklebungen einzelner Darmschlingen untereinander, dann namentlich Reste von Perityphlitis, sowie Wanderniere, können somit die gleichen, resp. ähnliche Reflexerscheinungen schaffen.

Druck von Leopold Karafiat in Brünn.

24.D.273.
Ueber Tussis uterina und Neuros1894
Countway Library
BEV4432
3 2044 046 064 028

24.D.273.
Ueber Tussis uterina und Neuros1894
Countway Library BEV4432
3 2044 046 064 028